

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933.

THÈSE

N° 441

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Denis RADU

Né le 5 Octobre 1905 à Petresti (Roumanie)

Ancien externe des Cliniques de Cluj

Ancien prosecteur à l'Institut d'Anatomie
descriptive et topographique de Cluj (Roumanie)

**Contribution à l'Etude
du Syndrome de Korsakoff aigu**

Président : M. Henri CLAUDE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1933

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Denis RADU

Né le 5 Octobre 1905 à Petresti (Roumanie)

Ancien externe des Cliniques de Cluj

Ancien prosecteur à l'Institut d'Anatomie
descriptive et topographique de Cluj (Roumanie)

Contribution à l'Etude du Syndrome de Korsakoff aigu

Président : M. Henri CLAUDE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELbet
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J. L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMATRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâtrie
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BROCC	Pathologie chirurgicale.
BRULE	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
MUTINEL	Pathologie médicale.

MM.	
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	(Pasteur) Pathologie médicale.
VAUBESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS APPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
BUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTIER	Histologie
ZIMMERN	Physique

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.	
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire ..

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY
CHAILLEY-BERT
LEDOUX-LEBARD
WEIL-HALLÉ

Stomatologie.
Éducation physique.
Radiologie clinique.
Puericulture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

En témoignage de ma plus profonde affection et de ma reconnaissance infinie pour leur grande bienveillance et pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MON FRÈRE LE DOCTEUR ZAHARIA RADU

Chirurgien de l'Hôpital de Sinaia (Roumanie)

Qui sut toujours être pour moi le conseiller le plus sûr et le guide le plus précieux.

A MA SOEUR, A MES FRÈRES

Ma grande affection.

A NOTRE MAITRE
ET PRÉSIDENT DE LA THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Professeur de Clinique de maladies mentales
et de l'encéphale à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Asile Sainte-Anne
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Hommage de profond respect.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. COURTOIS

Médecin des Asiles

Médecin assistant à l'Hôpital Henri Rousselle

Qui nous a permis de mener à bien ce travail en s'ouvrant à nous de ses idées, en nous aidant de ses conseils et en guidant nos recherches avec une sollicitude inlassable.

Qu'il veuille bien accepter ce travail en témoignage de notre plus profonde reconnaissance et de notre respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. MARCHAND

Médecin-Chef de l'Asile Ste-Anne

Chef de Laboratoire d'Anatomie pathologique
de l'Hôpital Henri Rousselle

*Qui nous a guidé de ses conseils et nous a confié deux observations anatomiques.
Témoignage de profond respect.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR TOULOUSE

Médecin-Chef de l'Hôpital Henri Rousselle
Directeur du Centre de Prophylaxie Mentale de la Seine

*Qui nous a ouvert les portes de l'Hôpital
Henri Rousselle et nous a permis de ras-
sembler les principaux éléments de ce
travail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR EY

Chef de Clinique à la Faculté
Médecin des Asiles

*Qui nous a donné l'idée de ce travail.
Témoignage de notre reconnaissance.*

INTRODUCTION

Le travail que nous présentons se résume, surtout, à l'étude de la psychose de Korsakoff d'origine alcoolique à évolution rapidement mortelle ; ses traits caractéristiques et quelques particularités symptomatiques et anatomo-pathologiques, nous ont permis l'heureuse suggestion de la part de M. le Docteur Hey, qui nous a inspiré ce sujet pour l'étude duquel nous avons pris la plupart des observations dans le service de prophylaxie mentale de l'Hôpital Henri-Rouselle, de M. le Docteur Toulouse.

Nous essaierons donc d'apporter notre part de contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique des formes aiguës mortelles de la psychose alcoolique de Korsakoff.

Tout d'abord, une notion importante nous a attiré l'attention : les particularités symptomatiques, la fréquence de l'évolution vers la mort et la rapidité de cette évolution ; en second lieu : l'intensité des lésions cérébrales et médullaires et le minimum de lésions des nerfs, dans les cas à évolution aiguë mortelle.

Vu ces particularités de la psychose alcoolique de Korsakoff à évolution rapidement fatale, nous

proposons de désigner ces formes aiguës mortelles sous le terme de : « psycho-cellulo-névrite aiguë » ; terme inspiré, pour une part, des travaux de Raymond, qui les désigne sous le nom de : « cellulo-névrite » ; mais l'intensité des lésions cérébrales et des symptômes psychiques presque constants, nous fait donner à ces formes, le terme de « psycho-cellulo-névrite aiguë ».

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Ce fut Magnus Huss, en 1852, qui a remarqué pour la première fois les troubles mentaux qui accompagnent l'alcoolisme chronique.

Après lui : Joffroy, Leyden, Fischer, Moeli, etc... ont signalé des troubles psychiques au cours de la polynévrite alcoolique. Strümpel (1883) est le premier qui envisage la question du rapport entre les troubles psychiques et la polynévrite. En 1884, Charcot est frappé par l'état mental de deux malades atteintes de paralysie alcoolique et insiste déjà, sur la fréquence relative des paralysies alcooliques chez la femme. Loewenfeld (1884), Schultz (1885), Bernhard (1886), Oppenheim (1886), insistent sur la coexistence fréquente des troubles psychiques et de la polynévrite.

En 1887, Korsakoff, fait, pour la première fois, une étude complète des troubles psychiques qui accompagnent la polynévrite alcoolique et fait remarquer que leur symptôme fondamental est un trouble de la mémoire, une amnésie partielle portant sur les événements récents dont la conséquence est la désor-

rientation dans le temps et dans l'espace. Cependant il reconnaît que les troubles psychiques peuvent se manifester en clinique, soit sous la forme d'une augmentation de l'irritabilité et de l'excitabilité, avec conservation du raisonnement, de la conscience, soit par des troubles de la conscience avec apathie ou excitabilité, soit enfin, par cette amnésie particulière, amnésie antérograde portant sur tous les événements qui se sont passés après le début de la maladie. Enfin, c'est Korsakoff qui montra le premier que ces troubles psychiques se rencontrent également au cours de la polynévrite non alcoolique : infection puerpérale, fièvre typhoïde, tuberculose, diabète, ictère, les intoxications par l'arsenic, le plomb, le sulfure de carbone, oxyde de carbone, etc. En 1889, il insiste sur l'existence des formes légères, frustes de cette maladie, sur la fréquence de l'association des troubles psychiques et de la polynévrite, sur la variabilité de l'intensité des troubles polynévritiques, sur l'existence dans les cas graves, d'autres phénomènes : amaigrissement, vomissements, troubles de la parole, de la déglutition, du nystagmus.

Quant à la pathogénie des troubles psychiques et polynévritiques, Korsakoff invoquait une origine toxémique, endo ou exogène, les substances toxiques étant, d'après lui, des ptomaïnes et des leucomaïnes qui se formeraient dans l'organisme grâce à des conditions favorables : alcoolisme, tuberculose, etc..., et en se basant sur cette pathogénie et l'existence

presque constante des troubles psychiques, il appelle la maladie : « cérébropathie psychique toxémique », ou « psychose polynévritique », tout en reconnaissant qu'il existe des cas où les signes de polynévrite sont extérieurement peu marqués.

Korsakoff aborde aussi la question anatomo-pathologique et remarque que les lésions portent sur tout le système nerveux.

Les travaux de Korsakoff et de ses élèves : Serbsky, Vaïndrach, Doubrovine, Kichkine, Soukanoff, provoquèrent les travaux des auteurs étrangers : Tilling, Gudden, Jolly, Schultze, Monkemöller, Meyer et Raecke ; en France : Raymond, Séglas, Gilbert-Ballet, Babinski, Pierret et Hanry, Régis, Francotte, Crocq.

En même temps des discussions naissent au sujet des conceptions de Korsakoff sur cette maladie.

Tilling, Séglas, Régis, Chaslin, Pitre, Vaillard, Francotte, Crocq, soutiennent que la maladie n'est pas une entité morbide, et que le terme de « psychose polynévritique » ne serait pas justifiée parce que les troubles psychiques et la polynévrite n'ont aucun rapport entre eux. Cette dernière manière de voir, est soutenue aussi par Babinski. Pour Ballet et Faure le syndrome de Korsakoff ne serait « qu'une modalité de la confusion mentale associée à une polynévrite toxique, qui reconnaît la même étiologie que l'affection psychique », et les lésions cellulaires de l'écorce cérébrale seraient celles d'un processus infectieux aigu.

Ballet distingue trois formes de troubles psychiques au cours de la polynévrite : forme amnésique, forme avec confusion mentale et la forme délirante ?

Wernicke distingue quatre symptômes caractéristiques pour les troubles psychiques au cours de la polynévrite : désorientation allo-psychique, affaiblissement de la perception, confabulation ; troubles de la mémoire pour les événements récents. Il place la psychose polynévritique à côté du délire alcoolique et de la presbyophrénie ; cependant il reconnaît que la psychose polynévritique a une allure tout à fait spéciale.

Kraepelin, Banhoeffer voient un rapport étroit entre la psychose de Korsakoff et le *Delirium tremens*, tout en attribuant à la première des symptômes spéciaux.

En 1893, Charcot, en publiant 7 cas de polynévrite alcoolique avec des troubles psychiques, reconnaît la fréquence de l'association des deux groupes de symptômes, mais, d'après lui, les troubles psychiques ne sont qu'une manifestation de l'alcoolisme cérébral, et donc, un syndrome mental spécial. Cependant, il fait, de l'amnésie antérograde, un élément de diagnostique étiologique de la polynévrite alcoolique.

En 1897, Jolly essaie une explication pathogénique des troubles psychiques et s'élève contre le terme de « toxémie- ». D'après lui, le syndrome de

Kersakoff serait une forme grave de Delirium tremens.

Les élèves de Korsakoff, soutiennent par leurs travaux les opinions de leur maître : Gregor (1907) Bergmann, Kasperowicz (1907), Morstat (1909), s'occupent spécialement des troubles de la mémoire.

Plus près de nous, enfin, Dupré, Régis, Raymond, Mlle Rapoport, Marchand, Ramond, Oettinger, Tinel, Morsier, Lévy-Valensi, Benon, de Fursac, Froment, Marcus, Ledoux, Dupouy et Courtois, Bezançon, Fünfgel, Gamper, Nègre — ont fixé définitivement le syndrome clinique et ont apporté une importante contribution à son étude pathogénique et anatomo-pathologique.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Les facteurs étiologiques sont aussi nombreux que possible. Cependant il y a lieu de faire, parmi eux, une place prépondérante à l'alcoolisme chronique qui est de beaucoup, l'agent le plus fréquent de la psychose polynévritique.

Korsakoff attribuait à 3 cas de psychose polynévritique sur 5, une origine alcoolique. Nègre dans la recherche des 41 observations qui sont publiées dans sa thèse, ne trouve pas un seul cas, où l'alcoolisme ne soit pas en jeu, il se garde, cependant, de conclure, même à la rareté des autres causes. Nous-même, parmi les 70 cas observés depuis deux ans et demi dans le service de M. le Dr. Toulouse et dont nous rapportons plus loin les observations, on n'a pas trouvé qu'un seul cas dont l'alcoolisme ne soit pas la cause, mais l'auto-intoxication gravidique.

En ce qui concerne la variété d'alcool ingéré, dans la plupart de nos cas, on trouve l'abus, plus ou moins simultanée, de plusieurs variétés : vin rouge ou blanc, apéritifs, alcools variés. Dans dix de nos cas, cependant, le vin est seul à l'origine des acci-

dents. La quantité ingérée varie de 2 à 6 litres de vin par jour et depuis des années.

Lépine insiste sur l'abus du vin, comme la cause la plus fréquente de l'éthylisme. Pour Dupré, Tinel, la psycho-polynévrite alcoolique est provoquée le plus souvent par les essences que par l'alcool et surtout que par le vin. Cependant Nègre, dans ses 41 cas a constaté que le vin était le plus souvent à l'origine des accidents.

Il y a lieu de faire dès maintenant une distinction capitale, en ce qui concerne la fréquence de la psychose polynévritique alcoolique, par rapport au sexe et à l'âge des sujets : la femme est presque exclusivement atteinte. Ce fait a été remarqué déjà par Charcot et Korsakoff. Jolly donne le rapport de 3 femmes pour 1 homme. Sur 41 cas rapportés dans la thèse de Nègre, il y a 28 femmes pour 13 hommes, soit deux femmes pour un homme environ. Sur les 69 cas que nous avons recueillis, nous trouvons 53 femmes et 16 hommes, soit le rapport de 3,25 femmes pour 1 homme environ.

La psychose de Korsakoff est une affection de l'adulte. Obarrio, cependant, décrit une psychose hallucinatoire délirante avec paralysies polynévritiques et une cirrhose hépatique, chez un enfant de 5 ans qui avait reçu dès le 9^e mois du vin, et le médecin lui avait prescrit du rhum et par dessus, les parents lui donnaient encore de l'eau-de-vie.

L'âge de nos malades varie comme il suit :

Femmes : 1 cas de 25 ans ; 7 cas de 32 à 35 ; 7 cas

de 37 à 40 ; 10 cas de 41 à 45 ; 4 cas de 46 et 47 ; 13 cas de 49 à 53 ; 7 cas de 56 à 60 ; 4 cas au-dessus de 60, dont la plus âgée de 64 ans.

Hommes : 1 cas de 28 ans, puis respectivement, nos malades ont l'âge suivant : 33, 36, 39, 40, deux 42, 43, 45, 48, 50, deux 51, 53, 55 et le plus âgé. 58 ans.

Donc, la femme serait atteinte légèrement plus jeune que l'homme.

Nègre donne comme l'âge moyen : 42 chez la femme et 41 et demi chez l'homme

Banhoffer, place l'apparition du syndrome à 45 ans, Kauffman à 51 et demi, Meggendorfer à 48 et comme âges extrêmes 31 et 61.

L'alcool n'est pas le seul agent des psychopolynévrites. La tuberculose, surtout la tuberculose pulmonaire cavitaire ou ulcéreuse, avec hyperthermie, est notée comme facteur étiologique le plus fréquent après l'alcoolisme.

Après la tuberculose : les intoxications par : l'arsenic, l'oxyde de carbone (surtout), le sulfure de carbone, le tabac ; les maladies aiguës ou chroniques : diabète, ictère, insuffisances hépathiques, cirrhoses, gastro-entérite, entero-colite, syphilis cérébrale, paralysie générale (Capgras-Joaki, Morsier, etc.), tumeur cérébrale (J. Heernu), sclérose en plaque (Billet et Championet), lèpre (E. L. Peyre), béri-béri, fièvre paludéenne (Verstraten et De Vos), fièvre typhoïde, grippe, pneumonie, paramérite, salpingite, traumatisme cérébral. Trénel rapporte un

cas de psychose polynévritique, dû uniquement à l'état anémique consécutif à une hémorragie grave. N. Zylberlast-Zand, rapporte 4 cas de Syndrome de Korsakoff survenus au déclin de la méningite cérébrospinale épidémique.

Nous tenons à remarquer une certaine fréquence de la polynévrite au cours du psoriasis. Tinel a observé deux cas de polynévrite au cours du psoriasis, les autres facteurs étiologiques (alcool, tuberculose...) étant absents. Dans l'un de ces cas il s'agissait de psoriasis à évolution aiguë fébrile, accompagné d'éruption scarlatiniforme. Nous rapportons parmi nos observations, le cas de Dupouy et Courtois (obs. N° 22) à évolution subaiguë, cas dans lequel le malade présente une polynévrite à localisation monoplégique exceptionnelle dans l'alcoolisme, nettement en rapport avec la prédominance de localisation du psoriasis. Dans un autre cas dû à M. Courtois (obs. N° 8) la polynévrite s'installe un mois après le début d'un psoriasis généralisé.

Enfin, quant aux psychopolynévrites survenues au cours de la grossesse et de la puerpéralité, elles sont magistralement étudiées dans la thèse de Rappoport (1911-12) qui insiste sur l'importance de la grossesse et de la puerpéralité comme cause de la polynévrite, conforme à celle de Hoesslin, que le syndrome de Korsakoff est plus fréquent au cours de la polynévrite gravidique et puerpérale qu'au cours de la polynévrite alcoolique. Conclusion, qui n'a rien de semblable avec notre statistique qui concerne

70 cas de syndrome de Korsakoff, et parmi ces 70 cas nous n'en trouvons qu'un seul dont l'origine est l'auto-intoxication gravidique et que nous ne mettons pas dans notre statistique qui n'envisage que les cas d'origine alcoolique.

Pour terminer ce chapitre de l'étiologie, nous n'oublierons pas de remarquer le rôle favorisant que jouent dans l'apparition de la psychopolynévrite certains facteurs (en dehors de ceux mentionnés plus haut) comme : *l'hérédité psychopathique en général et l'hérédité alcoolique en spécial.*

Nègre avec le D^r Bourrat (Lyon) estiment, même, que cette hérédité alcoolique n'est pas seulement une circonstance favorable, mais qu'elle constitue en dehors des affections associées (tuberculose par ex.), une condition nécessaire à l'éclosion de la psychopolynévrite ;

Le *terrain* et les *professions* qui facilitent l'abus des boissons alcooliques : hôteliers, cuisiniers, blanchisseurs, marchands de vin, etc...

CHAPITRE III

Symptomatologie

Malgré la complexité de ses conditions étiologiques et la variabilité de ses formes cliniques suivant la prédominance de l'un ou de l'autre des symptômes, le tableau clinique du syndrome de Korsakoff garde ses traits essentiels qui lui ont fait donner son autonomie.

Donc, nous allons, tout d'abord, tenter de donner une description générale du syndrome tout en essayant de mettre en évidence les traits particuliers liés à l'origine alcoolique — la seule que nous voudrions approfondir, — ensuite, une description des formes cliniques d'après la prédominance symptomatique.

Symptomatologie générale du syndrome

Deux ordres de symptômes caractérisent le syndrome clinique : psychiques et paralytiques. Ces deux ordres de symptômes sont dans beaucoup de cas très inégalement marqués ; parfois l'un d'entre eux est si fruste, dans ses manifestations cliniques, qu'il passe inaperçu.

1° *Symptômes psychiques.*

L'apparition des troubles psychiques est le plus souvent tardive, après une intoxication alcoolique chronique datant depuis des années. Nous rapportons un cas dans lequel l'apparition des troubles psychiques ne s'est faite qu'après 25 ans d'intoxication chronique entrecoupée d'épisodes subaigus. Dans la plupart de nos cas, d'ailleurs, l'apparition des troubles survient après 10 et 15 ans d'intoxication. Leur apparition est le plus souvent précédée par celle des troubles paralytiques. Parfois cependant — comme dans sept de nos cas — ils peuvent précéder ces derniers, d'une période plus ou moins longue, le plus souvent de 15 jours à 2 mois. Généralement, les troubles psychiques sont précédés par une phase prodromique caractérisée par des troubles mentaux et cérébraux : hallucinations visuelles et tactiles, insomnie, anxiété, excitation intellectuelle, changement de caractère avec parfois alternative d'excitation et d'apathie, parfois même par une phase de confusion mentale ou de délire. Bankoefffer, Kraepelin, Kauffmann, Joly, ont insisté sur la fréquence relative du début par un état délirant. Dans beaucoup de nos cas on note dans les antécédents des malades des crises épileptiques et même dans certains d'entre eux le début des troubles, après la crise, est manifeste : « ... depuis ce moment-là je n'ai plus la « tête à moi, je suis complètement détraqué... » — nous disait un de nos malades encore conscient de son état.

D'autres fois, au contraire, le début est brusque, apoplectique, sans aucun prodrome, comme dans le cas de Trénel, où le syndrome est apparu brusquement à la suite d'une hémorragie grave.

Mais quelque soit le début, à la période d'état les symptômes psychiques sont caractéristiques :

Les troubles de la mémoire, sont, parmi les troubles psychiques, les plus caractéristiques, et se traduisent par :

Une *amnésie particulière*, une *amnésie antérograde*. Le début de cette amnésie est difficile à saisir ; parfois elle est masquée, pendant un certain temps, par la conservation relative de l'intelligence, du jugement ; d'autre fois, surtout dans les cas aigus graves, par un état de confusion mentale, ou d'agitation ; d'autres fois, enfin, le malade se renferme dans un mutisme complet.

L'amnésie antérograde s'explique par *l'amnésie de fixation* (généralement la plus accentuée) et *l'amnésie d'évocation*. Le malade est incapable d'acquiescer de nouvelles impressions et de reproduire les souvenirs récents persistants dans la sphère psychique inconsciente. Il oublie instantanément tout ce qui se passe autour de lui ; il lui est impossible de suivre l'évolution d'un événement ; il oublie le point de départ, le but de sa conversation ; il est incapable de retenir les images, les actes qu'il accomplit à l'instant même ; il ne retient même pas les impressions douloureuses qui lui ont arraché des cris. C'est une

amnésie inconsciente, car le malade ne s'en rend nullement compte.

Cette amnésie antérograde s'étend à tous les faits qui se sont passés après le début de la maladie.

Parfois, elle intéresse également les souvenirs des faits qui se sont passés peu de temps avant la maladie.

D'autres fois, l'amnésie rétrograde, intéressant toute une période de la vie du malade ou seulement certain faits ou événements, s'associe à l'amnésie antérograde. Mais dans tous les cas c'est cette dernière qui prédomine.

A l'interrogatoire, ces malades racontent leur vie avec beaucoup de précision jusqu'à une certaine date, puis brusquement à partir de ce moment ils ne se rappellent plus rien. Dans certains cas, cependant, cette amnésie antérograde, a des limites moins précises, et le malade tout en oubliant certains faits ou événements, garde encore le souvenir de ses habitudes, certains points de sa vie effective laquelle, d'après Korsakoff et Ribot, persiste plus longtemps que le souvenir des images et des actes intellectuels.

Un deuxième symptôme psychique important est la *confusion mentale*. Elle ne manque presque dans aucun cas que nous rapportons, particulièrement marquée dans les cas à évolution grave ou mortelle, où elle se combine avec l'amnésie totale, et c'est là, croyons-nous, l'explication de la fréquence de

l'amnésie à la fois antéro-rétrograde, si souvent observée dans la période terminale des cas mortels.

L'état confusionnel peut prendre deux aspects :

a) Soit *asthénique* ou *stuporeux* se traduisant par une hypotonie, à la fois psychique et physique. Le malade couché dans son lit, en décubitus dorsal, ou attitude bizarre et incommode qu'il est, cependant, incapable de changer, facies hébété, traits immobiles, regard vide, indifférent, ne répond pas aux questions qu'on lui pose ou seulement par une ébauche de paroles incohérentes.

b) Soit *délirant*, *hallucinatoire* avec insomnie, agitation, contracture catatonique ou mouvements choréiformes (comme dans un de nos cas) ; parfois délire hallucinatoire à forme mélancolique ou maniaque.

Le plus souvent les aspects se combinent, surtout dans les cas graves.

Dans les cas à évolution bénigne cependant, c'est l'amnésie antérograde qui prédomine, et dont les conséquences sont : la fabulation, les fausses reconnaissances, la désorientation dans le temps et dans l'espace et la stéréotypie.

La *confabulation* est spontanée et constituée par des récits imaginaires fantastiques, les uns proportionnels avec la capacité intellectuelle du malade et en rapport avec un souvenir réel, mais faussement interprété, d'autres proportionnels avec son activité

psychique et sans aucun rapport avec les souvenirs réels.

Les uns et les autres, traduisent par leur illogisme et leur incohérence, leur caractère purement onirique.

Cet état onirique, variable chez le même malade d'un moment à l'autre, peut disparaître complètement, mais, dans certains cas il se prolonge et peut donner lieu, soit à des idées fixes, soit à du délire. Il est intéressant de noter une certaine fréquence de la grossesse et de l'accouchement comme thèmes délirants. Plusieurs de nos malades les présentaient et même avec une certaine fixité : « Je suis bien sûre d'avoir accouché, par exemple » répétait une de nos malade à chaque crise délirante.

Les fausses reconnaissances ou les illusions, portent sur les personnes et surtout sur les personnes de l'entourage immédiat.

Ces malades ne reconnaissent pas le médecin ou les infirmières qu'ils voient plusieurs fois par jour, chaque fois qu'on leur demandait s'ils les connaissent ; d'autre fois ils déclarent dès la première rencontre, les avoir vus ou les confondre avec des familiers.

La désorientation dans le temps et dans l'espace est également une conséquence de l'amnésie antérograde, dont elle constitue souvent le premier symptôme apparent. Ces malades, ne peuvent indiquer l'année, le mois, le jour de la semaine ou l'heure de la journée ; de même, ils ne savent pas où ils sont

ou se croient dans un tout autre endroit. Ils sont perdus dans le temps et dans l'espace. Généralement la désorientation dans le temps est plus profonde que la désorientation dans l'espace.

La Stéréotypie est une autre conséquence de l'amnésie antérograde. Le malade lit cent fois le même livre (cas de Fünfgeld) répète les mêmes actes ou les mêmes questions, sous la même forme. Dans un de nos cas (obs.n° 17) le malade répétait les mêmes paroles, sans aucun changement de forme, depuis le 22 mars 1931 jusqu'au 10 mai 1933, quand il a été examiné pour la dernière fois par nous.

Associées à ces symptômes, on peut observer des *illusions* et *hallucinations* avec ou sans délire, surtout visuelles et tactiles, à caractère terrifiant particulièrement marquées pendant la nuit.

L'euphorie avec légère agitation est presque constante chez ces malades.

Un autre symptôme très fréquent est *l'affaiblissement intellectuel*, très difficile à déceler, soit à cause du degré intellectuel peu avancé des malades ou de la conservation apparente des facultés intellectuelles, soit, enfin, à cause des autres symptômes qui peuvent le masquer. Cependant par un examen approfondi et précis, on décèle toujours un certain défaut de coordination des idées, une absence de contrôle et de sens critique, une sorte de puérilisme mental.

Mais, ces symptômes que nous venons de décrire ou d'énumérer, sont variables suivant les cas

et, chez le même malade, suivant les phases de l'évolution de la maladie, et, suivant la prédominance de l'un ou de l'autre d'entre eux. Les auteurs ont décrit cinq formes cliniques.

FORMES CLINIQUES

a) *La forme amnésique*, la plus fréquente, est caractérisée par des gros troubles de la mémoire avec une conservation relative du raisonnement et de la conscience.

b) *La forme confusionnelle* (Gilbert-Ballet) avec désorientation complète et troubles ou mélancolique, à évolution souvent très longue.

c) *La forme délirante* (G. Ballet), avec hallucinations, surtout visuelles à caractère souvent terrifiant, onirique, pouvant laisser après elles des idées plus ou moins fixes.

d) *La forme anxieuse* (Dupré) avec prédominance des troubles de l'émotivité, surtout paroxysmes d'angoisse vespérale.

e) *La forme démentielle*, avec affaiblissement intellectuel.

Toutes ces formes cliniques, cependant, sont rarement pures ; le plus souvent elles s'associent et se succèdent, donnant naissance à des formes intermédiaires avec une symptomatologie complexe.

2° *Troubles paralytiques.*

Dans la plupart de nos cas, les paralysies sont plus précoces dans leur apparition, que les troubles psychiques.

Souvent, elles constituent, presque à elles seules, toute la manifestation de l'intoxication alcoolique chronique ou, au contraire, ils sont si peu marqués qu'ils passent inaperçus.

Très variables dans leurs manifestations et leur évolution, elles présentent, cependant quelques caractères qui les individualisent : la prédilection pour les membres inférieurs, l'intensité des troubles moteurs et sensitifs, la fréquence des rétractions fibrotendineuses.

Nous prendrons comme type de description, *la forme paraplégique*, la plus fréquente, et dont le début se fait par deux ordres de symptômes : sensitifs et moteurs.

a) *Troubles sensitifs, de deux sortes :*

1° *Subjectifs*, caractérisés par des fourmillements des extrémités surtout marqués pendant la nuit, de l'engourdissement, parfois par des crises douloureuses nocturnes dans le domaine des nerfs qui vont être paralysés ;

2° *Objectifs*, analgésie symétrique au niveau des pieds avec diminution du réflexe plantaire, ou, au contraire et le plus souvent, hyperesthésie symétrique plantaire avec exagération du réflexe plantaire.

Parfois on note des douleurs à la pression des muscles du mollet.

b) *Troubles moteurs*, consistant en une fatigue des membres inférieurs, d'autre fois crampes très douloureuses, le soir au coucher.

Bientôt la paralysie fait son apparition et à sa période d'état on constate plusieurs ordres de troubles.

Troubles sensitifs, les premiers en date, presque toujours plus accusés que les troubles moteurs, ils se caractérisent par : des *douleurs* spontanées, très vives, qui peuvent prendre tous les caractères : continues, intermittentes, lancinantes, contusives, comparées par le malade à des sensations de déchirures, de brûlures, etc..., et s'accompagner de crampes extrêmement pénibles.

Elles sont provoquées par la pression des masses musculaires et des troncs nerveux, surtout extrêmement intenses à la pression des mollets et de la plante des pieds. (Caractéristique.)

La *sensibilité cutanée* est également touchée. Au début on constate une hyperesthésie, particulièrement marquée à la plante des pieds et dans l'intoxication par les essences (Tinel) ; plus tard, c'est l'anesthésie cutanée qui s'installe. Dans toutes les Jeux périodes — hyperesthésique et anesthésique — on observe une *dissociation de la sensibilité* avec conservation et exagération de la sensibilité douloureuse et disparition de la sensibilité au contact, à la piqure

et thermique. Souvent on constate un *retard de la sensibilité*.

Les *troubles moteurs* sont précédés par les troubles sensitifs. Bilatéraux et symétriques, le plus souvent, ils débuteut généralement par les membres inférieurs et prédominent aux extrémités. Les muscles le plus spécialement atteints, sont les muscles : extenseurs communs des orteils, extenseur propre du gros orteil et les péroniers latéraux. Il en résulte une attitude spéciale du pied qui se met en varus équin ; en plus, il est tombant et ballant et lorsque la marche est encore possible, le malade *steppe*. Cette paralysie est toujours flasque et le reste indéfiniment.

La paralysie peut rester localisée aux membres inférieurs ; mais dans les cas graves, mortels, elle suit une marche ascendante progressive et rapide aux membres supérieurs, aux muscles du cou, au diaphragme et pneumogastrique, l'atteinte de ce dernier se traduisant par une tachycardie extrême à 150-160 d'un pronostic extrêmement mauvais. Dans ce cas, surtout à la fin de l'évolution, les troubles sensitifs et les douleurs, sont en général moins accusés, mais les troubles mentaux sont constants et particulièrement intenses, avec confusion mentale ou bien, forme dementielle avec troubles sphinctériens, hypertermie, ou au contraire hypothermie comme dans quelques-uns de nos cas (Obs. N^{os} 3, 11, 14).

L'atteinte isolée des membres supérieurs est rare et elle revêt alors le type de *paralysie radiale*, dis-

tinete de la paralysie saturnine, étant moins systématique, souvent incomplète, dissociée et ne se limitant pas toujours au groupe radial mais s'associant à la parésie du deltoïde, du biceps et du long supinateur.

Les troubles sphinctériens ne sont pas rares, surtout dans les formes graves. Parfois, le sphincter vésical et rectal sont touchés en même temps, mais, le plus souvent le sphincter vésical est seul atteint et se traduit soit par l'incontinence surtout nocturne, soit par la rétention d'urines.

L'atteinte des nerfs craniens est notée comme rare, en dehors de la paralysie des nerfs de la musculature externe de l'œil et surtout du moteur oculaire externe.

Les réactions pupillaires sont presque toujours conservées ; à peine si on observe parfois une lenteur, une parésie de l'accommodation avec, d'autres fois, une inégalité pupillaire. L'atteinte du nerf optique est en rapport avec une névrite optique rétro-bulbaire se traduisant, à l'ophtalmoscope par un scotome central elliptique, allongé transversalement et par de la dyschromatopsie, pouvant aller jusqu'à la perte de la vision centrale.

Il y a, enfin, quelques cas de névrite acoustique. Van Bogaert et J. Heelsmoortelj., rapportent un cas de « toxinévrite alcoolique vestibulaire avec syndrome de Korsakoff » où les auteurs font remarquer que chez certains alcooliques, on peut observer en

dehors de la syphilis, une atteinte pure de la branche vestibulaire du nerf acoustique.

TROUBLES TROPHIQUES : Atrophie musculaire, symptôme presque constant nettement en rapport avec la topographie de la paralysie ; d'abord, localisée aux muscles extenseurs du pied, péroniers latéraux et jambier postérieur réalisant, avec la paralysie, le pied bot varus équín avec torsion interne du pied et griffe des orteils, attitude favorisée par l'infiltration scléreuse de l'aponévrose plantaire du pied et la rétraction des muscles plantaires. Elle peut s'étendre à tous les muscles des membres inférieurs. Dans les cas graves cette amyotrophie est généralisée et prend l'aspect d'un amaigrissement cachectique.

Du côté des téguments on observe deux ordres de troubles :

a) *Troubles vaso-moteurs* : cyanose et refroidissement des extrémités, œdème des pieds, presque constant, prenant parfois l'aspect d'un œdème dur, inflammatoire avec lymphangite ; sudation abondante sur les membres, pouvant persister même après la disparition des troubles moteurs.

b) *Troubles nettement trophiques*, surtout marqués en cas d'amaigrissement cachectique : peau sèche, écailleuse, éruptions cutanées bulleuses, altérations des phanères, chute ou, au contraire, croissance exagérée des poils, ongles secs, striés, cassants ; scarres fessières ou sacrées.

Troubles des réflexes tendinaux, caractérisés par l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Rarement, ils sont exagérés; même dans ce cas, c'est passagèrement et finissent par disparaître.

Comme *troubles électriques* on peut noter, une R. D. partielle avec diminution de l'excitabilité galvanique et faradique des nerfs et la diminution de l'excitabilité faradique des muscles; d'autres fois, au contraire, une hyperexcitabilité électrique. Dans les cas graves, cependant, il y a une R. D. complète avec perte de l'excitabilité galvanique et faradique des nerfs, perte de l'excitabilité faradique des muscles, conservation et même exagération de l'excitabilité galvanique des muscles, avec lenteur de la secousse musculaire, enfin, inversion de la formule polaire, — phénomène réalisant, en somme, la réaction de dégénérescence d'Erb, à pronostic grave, car la névrite alcoolique est considérée comme incurable (Bordier).

Troubles divers. — Nous notons, en premier lieu, les troubles hépatiques : subictère conjonctival pouvant aller jusqu'à l'ictère franc, foie gros, souvent douloureux à la pression.

Troubles digestifs : vomissements souvent incoercibles, avec gastralgies; constipation avec météotisme ou diarrhée avec, parfois, melaena.

Amaigrissement très rapide, presque constant dans les cas graves, prenant la forme d'un amaigrissement cachectique, accompagné de signes d'une

défaillance grave de l'organisme, parotidite (Obs. N° 15), etc.

La température est en général élevée à 38° ou 39° et même 40° et 41°. Parfois, au contraire, il y a de l'apyrexie et même de l'hypothermie, mais presque toujours la température terminale est au-dessus de 40°.

OBSERVATIONS

Obs. n° 1. — Mme AUBRY, Marguerite, 43 ans, ménagère, entrée le 7 mars 1930. Père mort « hépatique », un frère « neurasthénique ». A commencé à boire il y a 4 ans, 3 crises épileptiformes l'année suivante avec perte de connaissance et blessures. Depuis plusieurs mois : pituites, vomissements, cauchemars zoopsiques. Jalousie pathologique, violences contre son mari jusqu'au début de l'année, claustration. Aurait présenté depuis 2 ou 3 ans des alternatives de potomanie et de gloutonnerie.

Début récent (4 à 5 jours) des troubles qui motivent l'entrée : excitation psychique, logorrhée, onirisme, zoopsies (bêtes, souris, moustiques), strabisme convergent gauche apparu trois jours avant l'entrée.

Confusion mentale, inattention, se donne 18 ans, fausses reconnaissances, le médecin est son mari, illusions, hallucinations visuelles, les initiales de son mari sont sur toutes les portes. Fabulation, dit avoir été au cinéma avant-hier, à la messe le matin même.

Abolition des réflexes rotuliens et achilléens, impotence complète, gâtisme. Gros foie, météorisme abdominal. Mélanodermie généralisée, subictère conjonctival. Myosis, réactions lumineuses conservées. Température 39°4.

Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Azotémie : 0,42. Liquide céphalo-rachidien ; albumine : 0,22, glob. : 0, leuco. : 0,4. Benjoin : 00000.02221.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Aggravation physique très rapide. Confusion, immobilité. Fièvre : 39° — 40°. Décès le 10 mars. Température terminale 48°1.

Autopsie. — Poumon droit 470 grs. P. gauche 470. Foie 2.470 grs, dégénérescence graisseuse. Cœur 240 grs. Rein droit 170 grs. R. gauche 200. Rate 120 grs. Cerveau : hémisphère droit 620 grs. H. gauche 630 grs. Cervelet et bulbe 150 grs.

Obs. n° 2. — Mme SIBILLE, Thérèse, 32 ans, entrée le 28 mai 1930. Journalière, boit du vin blanc et du rhum. Pituites, douleurs gastriques, crampes dans les jambes. Onirisme, impotence des membres inférieurs depuis quelques jours.

A l'entrée, faciès allumé, varicosités des pommettes, fond de subictère.

Confusion mentale, désorientation, ignore son âge, ne sait où elle se trouve, se dit à Andral, ne peut indiquer le mois ou la saison. Inattention, ne comprend pas les questions un peu longues (peut-être amnésie de fixation), commence une réponse puis s'interrompt. A oublié de quoi l'on parlait si on la rappelle à l'ordre. Fausses reconnaissances : a déjà vu l'interne à Saint-Louis. Onirisme, voit des bêtes, des souris, des fourmis. Turbulence, se roule dans sa chambre. Impotence des membres inférieurs. Station debout impossible, peut soulever son membre du plan du lit. Amyotrophie. Réflexes tendineux existent aux quatre membres, les rotuliens sont vifs, achilléens et médioplantaires persistent quoique faibles. Exagération de la réflectivité des membres supérieurs. Lymphangite avec œdème aux deux chevilles. Tremblement digital et lingual. Douleurs à la pression des masses musculaires des jambes. Température 37° — 37° 5.

Même état les jours suivants. L'impotence des membres inférieurs se complète.

Le 1^{er} juin au matin état syncopal subit, sans motif : Cyanose de la face et des extrémités, paraît étouffer, tirage sussternal, effort d'expectoration, pouls filant, respiration artificielle, oxygène, saignée, tonicardiaques. Cet incident ne se reproduira plus. Les jours suivants aggravation de l'état confusionnel, agitation persistante, tombe de son lit, ramasse ses couvertures, roule ses draps, sa chemise sans arrêt. Gâtisme. Fièvre autour de 38° avec clochers à 39°. Alimentation liquide. Pas de modifications des signes neurologiques. L'œdème des jambes a disparu. Bordet-Wassermann, Meinicke du sang négatifs. Azotémie 0,65 (29,5) puis 0,65 le 10-5, à cette date : glycémie 1,03, cholestérinémie 2,05, chlore sérum 3,82 (norm. 3,55 à 3,70), sang total : 3,38 (norm. 2,60 à 2,90 (M. Delaville).

Ex. Electrique (Mlle Néoussikine) : R. D. partielle dans tous les muscles innervés par les deux sciatiques poplités externes et sc. popl. interne gauche (rien à droite). Réactions normales dans les quadriceps cruraux et aux membres supérieurs.

Aggravation progressive de la déchéance physique, cachexie, gâtisme.

Le 13 juin on note l'apparition d'un strabisme convergent bilatéral. Agitation sur place, ramassage, une fois la malade fait comme un verre avec sa couverture et demande qu'on emplisse « ses deux verres » (diplopie ?).

Décès le 15 juin. Température terminale 40°. Liquide Benjoin : 00000.02000.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Autopsie. — Cerveau : H. D. : 480. H. G. : 480. Cervelet et bulbe 140. Poumon droit 470. P. G. 450. Congestion et pus à la coupe. Cœur 200, pas d'athérome. Foie 1.150. Rate 110, Rein droit 140, rein gauche 140.

Obs. n° 3. — Mme SALARDENNE, Augustine, 49 ans, sans profession, entrée le 12 juin 1930. Père grand alcoolique. Elle-même boit depuis 26 ans, seulement du vin blanc, deux litres environ tous les jours. Ivresse. Aménorrhée depuis l'âge de 37 ans. Marche difficile depuis deux ans. En janvier 1929, chute en état d'ivresse, fracture du crâne, coma de 4 à 5 jours, on constate une hémorragie méningée à l'hôpital. Après cet accident reste 5 mois sans boire, puis recommence. Depuis plusieurs mois inappétence, vomit lorsqu'elle essaie de prendre des aliments solides. A toujours soif. boit du vin et de la limonade.

Affaiblissement intellectuel, irritabilité, idées de persécution, disputes avec les voisins. Marche à grand'peine depuis six mois, douleurs qualifiées de « rhumatismales » dans les jambes. Impotence complète depuis une semaine.

Depuis quinze jours exagération des troubles mentaux. Cauchemars, onirisme terrifiant, voit des bêtes, des chiens, des têtes d'hommes et de femmes. Ne reconnaît plus les siens, attaque son mari, le frappe, le griffe, le traite d'assassin, de voleur.

A l'entrée, excitation psychique, turbulence, se roule par terre, se traîne (ne peut se tenir debout). Crie, se défend, confusion avec désorientation et fausses reconnaissances. Gâtisme, alimentation difficile. Température 37°.

Dès l'entrée, on constate l'abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs, l'impotence complète. le talon ne peut être soulevé au-dessus du lit. La pression des mollets ne provoque pas de réactions douloureuses, ou bien elles sont tardives et peu vives.

On note un amaigrissement cachectique, des troubles tro-

phiques de la peau qui est jaune et sèche, écailleuse, les poils sont rares, les cheveux peu abondants, secs et cassants.

Urines foncées, traces d'urobiline, sels biliaires abondants.

Bordet-Wassermann et Meinicke du sang : négatifs. Azotémie : 0,39, puis 0,65 le 21 juin. A cette date, glycémie : 1,02, cholestérinémie : 1,37, pigments biliaires du sang 1/40.000. Chlore du sérum 3,99, du sang total 3,85 (normales respectives 3,55 à 3,70 et 2,60 à 2,90) (M. Delaville). Liquide céphalo-rachidien : alb. 0,28, glob. 0. Leuco. 9. Benjoin : 00000.01000-00000. Parégorique 0-0. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

L'état des premiers jours persiste, mais affaiblissement physique progressif. Déglutition très difficile. Rétention d'urines (sondage). Constipation puis diarrhée. Hypothermie, température autour de 36°. Onirisme. Turbulence persistante. Décès le 25 juin, température terminale à 36°8.

Autopsie. — Cerveau : H. D. : 500 grs. H. G. : 500 grs. Cervelet et bulbe 190 grs. Poumon droit 480 grs; gauche 350 grs. Cœur 220. Aorte congestionnée. Foie 1.540 grs. Rein gauche et droit 130 grs. Estomac dilaté, sans lésions.

Obs. n° 4. — Mme EMERY, Marie, 38 ans, sans profession, entrée le 30 juin 1930. Une fille morte de méningite tuberculeuse à 7 ans 1/2. Mari alcoolique. Elle-même, excès alcooliques surtout depuis la guerre, vin rouge. Peu de vin blanc, rhum de temps en temps. La quantité même approximative ne peut être évaluée, la malade buvant en cachette en dehors des repas, où elle absorbe déjà un litre de vin rouge par jour.

Depuis quelques semaines, anorexie, vomissements, crampes dans les mollets. Fatigue à la marche depuis 6 mois, atrophie musculaire, impotence complète depuis seulement huit jours.

A l'entrée, subictère, amaigrissement. Confusion globale, désorientation, ne sait où elle se trouve, réponses très rapides, mais fausses aux questions d'identité, d'âge, de lieu, d'emploi du temps. Pas de fabulation spontanée.

Réflexes rotuliens vifs, achilléens faibles surtout à droite. Douleurs à la pression des muscles. Somnolence habituelle, parfois cris manifestant l'effroi de scènes oniriques. Déglutition difficile. Gâtisme. Température 37°8.

Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Besredka négatif. Azotémie 0,29. Liquide céphalo-rachidien : tension

34-28, alb. o, 18. Glob. o, leuco : o. Benjoin : 00000-00000.00000.
Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Aggravation progressive. Turbulence sur place. Onirisme. Voit des hommes qui veulent la tuer. Crie. La feuille de surveillance signale « cherche toujours avec ses mains », attrape des fils, ramassage.

Hausse de la température autour de 39° les 4, 5 et 6 juillet. A cette date l'examen montre : décubitus avec hyperextension de la tête, impotence complète des membres inférieurs, abolition des réflexes rotuliens. La pression des masses des mollets ne provoque plus de manifestations douloureuses.

Rétention d'urines avec gâtisme intermittent. Constipation.

Décès le 8 juillet. Température terminale 37°8.

Autopsie. — Cerveau : H. D. 520 grs. H. G. 520. Cervelet et bulbe 140. Poumon droit 430 grs. P. G. 370 grs. Cœur 200 grs, pas d'athérome. Foie 1.250 grs. Rein droit 100 grs. Rein gauche 110 grs. Rate 60 grs.

Obs. n° 5. — Mme WUCHER, Charlotte, entrée le 12 août 1930, 45 ans, blanchisseuse. Alcoolisme professionnel (vin rouge et blanc, apéritifs). Gastrite depuis 6 mois, vomissements fréquents. Séparée de son mari depuis quelques mois (batailles presque quotidiennes), un enfant tumeur blanche du genou traité à Berck.

Ne boirait plus ou presque plus depuis 6 mois (gastrite). Début récent. Confusion avec agitation. Ne reconnaît plus sa sœur, s'accuse d'avoir tué son beau-frère. Dit que son mari est mort, et que depuis dix ans le cadavre est resté dans sa chambre.

A l'entrée, subictère, varicosités, amaigrissement, confusion, ne répond à aucune question d'identité, désorientation complète dans l'espace, se roule par terre. Ne s'alimente pas. Déclame toute la nuit. Même état les jours suivants, fouille partout, se traîne dans la chambre. Le 16 : incapacité à se tenir debout (difficulté les premiers jours), reste couchée sur le dos, la tête en hyperextension, cherche à saisir des fils avec ses mains. Ne peut soulever les membres inférieurs. Abolition des réflexes rotuliens, puis des réflexes des membres supérieurs qui étaient vifs à l'entrée. Amyotrophie. Douleur à la pression des muscles manifestée seulement avec un certain retard après l'excitation. Paupières mi-closes, pas de symptômes oculaires.

Confusion globale, fausses reconnaissances par suggestibilité, pas d'activité mentale spontanée suffisante pour fabuler. Peurs, cris lorsqu'on l'approche. Apyrexie.

Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Besredka positif. Vernes, résorcine : 80. Azotémie 0,45. L. C. R. alb. 0,30, globulines 0; leuco. 0,2. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Affaiblissement progressif, escarre sacrée. Alimentation pénible. Fièvre : 38°, puis montée rapide à partir du 22. Décès le 24. Température terminale 41°2.

Autopsie. — Cerveau : H. D. 490. H. G. 500. Cervelet et bulbe 150. Poumon droit 490 grs. P. G. 430. Cœur 270 grs. Foie 1.490 grs. Rate 160 grs. Rein droit 130, R. gauche 120.

Obs. n° 6. — Mme FOURNIER, Annette, 43 ans, entre le 22 octobre 1930 à l'hôpital Henri Rousselle. C'est une ancienne infirmière de l'A. P. mise à la retraite pour alcoolisme et tuberculose. Excès alcooliques quotidiens (vin). Début récent des troubles. Agitation motrice, turbulence, tendance aux violences ayant motivé son transfert de la Charité dans le service. A l'entrée, on note des varicosités aux pommettes sur un fond mélanodermique. Pas de subictère. Peau sèche, siège d'une desquamation ichtyosique. Cheveux rares, secs, cassants. Touffes pubienne et axillaires très peu fournies. Confusion mentale globale, onirisme continu, voit, converse, appelle, crie, se défend. Tire des fils, les hallucinations tactiques sont précises, frotte ses doigts comme pour détacher des particules qui y seraient collées, fait effort avec l'autre main pour s'en débarrasser. Impotence complète des membres inférieurs, station debout impossible, ne peut soulever le talon du plan du lit. Amyotrophie. Réflexes tendineux très vifs aux bras. Aux membres inférieurs les achilléens sont très faibles ou abolis, les rotuliens persistent nettement bien qu'amoindris. Aucune douleur à la pression des masses musculaires et des nerfs et cela à plusieurs examens.

Pas de symptômes oculaires.

La malade est habituellement couchée sur le dos, la tête en hyperextension. Elle ne paraît pas s'intéresser aux gens qui l'approchent. Etat général très précaire, lèvres fuligineuses. Gâtisme. Température 37°5, puis autour de 37°. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs dans le sang et dans le L. C. R. Azotémie 0,63 (21-10). R. de Besredka positive.

Aggravation très rapide, alimentation très difficile. Fièvre 38° à partir du 28. Rétention d'urines le 30 octobre.

Troubles du rythme respiratoire avec des pauses irrégulières. Décès le 2 novembre. Température terminale 40°1.

Autopsie. — Cerveau : poids total 1.200 grs après formolage de 24 h. H. D. 500 grs. H. G. 500 grs. Cervelet et bulbe

150 grs. Hémorragie méningée plus importante dans la région occipitale gauche. Poumon droit 280, caverne tuberculeuse au sommet. P. gauche 350. Œdème. Cœur 250 grs. Foie 1.500 grs. Rein droit 150 grs. R. gauche 160 grs. Rate 125 grs.

Obs. n° 7. — Mme PAVY, Amélie, 46 ans, entre le 11 novembre 1930. Mère morte à 68 ans, père bien portant, 3 enfants bien portants, une fausse couche. A travaillé dans les usines pendant la guerre, depuis boit beaucoup. Vin rouge, rhum le matin. Achète du rhum dès qu'elle a de l'argent. Déchéance physique rapide. Incapacité de tenir son ménage depuis un an et demi, reste presque tout le temps au lit, se lève pour boire. Paraplégie complète depuis un mois. Troubles mentaux trois jours avant l'entrée. Excitation psychique, idées de persécution (hypnotisme) et mégalomaniaques : elle va donner un million à son mari, elle est reine de France et vicomtesse d'Angleterre, comtesse de Pavy, elle soupe au champagne tous les jours.

Confusion avec désorientation temporo-spatiale, cris, chants euphoriques. Cause seule (projets, héritages, titres), répond aux voix qu'elle entend. Paraplégie complète, ne peut se tenir debout. Arrive à lever difficilement les talons du plan du lit. Atrophie de tous les muscles (mollets 23 à 24 cm.). Réflexes tendineux très vifs aux membres supérieurs et inférieurs. Pas de phénomènes sensitifs suggestifs. Très grand retard à la perception douloureuse par pression violente des mollets.

Ex. Electrique (Mlle Léoussikine) R. D. partielle seulement dans les jumeaux à gauche et dans le quadriceps crural droit (17-11).

Rétention d'urines. Albuminurie légère 0,06 et passagère. Urobilinurie constante avec sels biliaires. Azoturie suffisante 10 à 15 grs (régime lacté). Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. L. C. R. alb. 0,25. Globulines 0. Benjoin : 00000.00110.00000. Parégorique, Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Azotémie 0,34 (12-11), puis 0,41 (19-11). Glycémie 0,82. Cholestérinémie 1,64, pigments biliaires 1/35.000.

Ex. hématologique glob. rouges : 4.100.000. Glob. blancs : 11.500. Lympho : 20 moyens, mono : 14, grands : 4, poly neutro : 59, éosinophiles : 2, basophiles : 1, hémoglobine 80 % (D^r Weissmann-Netter).

Même état physique, mental et neurologique dans les jours qui suivent. Excitation euphorique avec confusion réali-

sant un syndrome pseudo-paralytique. Désorientation. Est à l'hôpital depuis 6 mois, c'est le château qui lui appartient à Pavillon-sous-Bois. La grossesse et l'accouchement sont les thèmes habituels de la fabulation. Elle est enceinte de deux jumeaux, ou bien elle vient d'accoucher, ils sont très jolis mais elle ne sait pas leur nom. D'autres fois affirme qu'elle vient de mettre au monde trois petits veaux, on peut les voir, ils sont dans l'étable, on pourra les manger bientôt. Erotisme, prétend se marier avec le médecin. Rétention d'urines rendant le sondage quotidien nécessaire. Gâtisme fécal. Diminution progressive de la force des membres inférieurs, impotence complète. Persistance des réflexes. Anesthésie. Extension des escarres. Fièvre grimpante 38°, 39°, puis oscillante. Décès céphalorachidien peu après : alb. 0,25, glob. : 0. Leuco. : 2,4. le 11 décembre. Température terminale 42°.

Autopsie. — Poumon droit 350 grs avec adhérences pariétales. Poumon gauche 250 grs. Cœur 200 grs. Foie 1.230 grs. Rate 190 grs. Rein droit 170 et gauche 130. Cerveau : H. D. et G. 470 grs. Cervelet et bulbe 150. Circonvolutions anfractueuses surtout au niveau des lobes frontaux et pariétaux.

Obs. n° 8. — Mme COMBEMOREL, Aimée, 34 ans, entrée le 26 décembre 1930. Typographe. Alcoolique de longue date. Mère morte alcoolique, père mort d'accident, un frère mort en bas âge, une sœur bien portante. Buvaît surtout du vin rouge. Ivresse assez fréquente. Depuis deux mois psoriasis généralisé traité à Saint-Louis (psorphanol), arrêt du traitement un mois après à cause des troubles de la marche débutants. Confusion. Onirisme. Fausses reconnaissances, voit sa mère morte depuis deux ans, zoopsies, animaux familiers, chats. Cris. Crampes douloureuses. Gastrite.

A l'entrée, confusion générale, ne répond à aucune question d'une façon cohérente. En conversation discontinue avec des interlocuteurs invisibles. Paraît même ne pas voir quand on l'approche, ne fait aucun mouvement pouvant indiquer qu'elle entend.

Face bouffie, bistre, avec des varicosités, psoriasis généralisé. Tête en hyperextension. Impotence complète des membres inférieurs, mouvements continus des bras comme pour attraper des fils. Le pouce reste habituellement serré entre le deuxième et le troisième doigt. Réflexes tendineux abolis aux membres supérieurs et inférieurs. Pas de douleur manifestée à la pression des nerfs et des muscles. Température 38°1. Gâtisme.

Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs dans le sang.

Besredka négatif. Vernes, résorcine.

Azotémie 0,36, glycémie, 1,16, chlore sérum, 3,48, chlore (sang total) 2,90, pigments biliaires du sang 1/30.000 (M. Delaville). Ex. hématologique : glob. rouges : 2.150.000, gl. blancs : 11.400.

Aggravation très rapide de l'état général. Après une courte baisse de la température, hausse nouvelle autour de 39°. Mouvements continus des membres supérieurs, ramassage, soliloques marmottés. Décès le 31.

Température terminale 40°2. L. C. R. prélevé à ce moment : alb. 0,22, glob. 0. Leuco. : 6 (nombreux globules rouges). Benjoin : 00000.22000.00000. Parégorique 00-0.

Autopsie. — Cerveau : H. D. 600 grs. H. G. 600 grs. Cervelet et bulbe 190 grs.

Obs. n° 9. — Mme HARDY, Suzanne, 39 ans, épicière, puis teinturière, entrée le 3 janvier 1931, venant de l'hôpital Andral où elle était depuis quatre jours. Père tuberculeux et alcoolique. Séparée de son mari alcoolique. Elle-même boit du vin blanc et rouge, 2 litres 1/2 par jour, et de la bière. Ne travaille plus depuis 2 ans 1/2. Onirisme, cauchemars, rêves professionnels, vomissements bilieux le matin. Amaigrissement. Somnolence. Marche difficilement depuis 3 mois 1/2. Epistaxis. Hémorroïdes. Episode confusionnel avec fausses reconnaissances, il y a un an déjà, de courte durée.

A l'entrée, confusion, désorientation complète, euphorie, familiarités, absence d'inquiétude sur son état. Subictère, varicosités, peau sèche, écailleuse, bronzée, perte de système pileux. Faiblesse des membres inférieurs, marche difficile. Les réflexes rotuliens ne sont pas complètement abolis. Atrophie musculaire considérable aux bras et aux jambes. Pas de symptômes oculaires. Fièvre 38°, 38°5.

Toux. Matité du sommet droit.

Affaissement rapide. Confinée au lit, Gâteuse, Calme moteur.

Examens biologiques : Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn du sang négatifs.

Liquide céphalo-rachidien : alb. 0,22, glob. 0, leuco., 0,8. Benjoin : 00000.01100.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Azotémie 0,28.

Liquide céphalo-rachidien (15,1) urée 0,71, sucre 0,85. Chlore 4,65.

Inoculation à un cobaye.

Ex. électrique (D^r Liberson) pratiqué au lit de la malade avec le seul courant faradique n'a pas montré de réactions pathologiques. Tous les muscles présentent des contractions vives que l'excitation soit directe ou par l'intermédiaire du nerf. On note cependant une diminution de l'amplitude des contractions surtout au niveau des muscles des cuisses (8 janvier).

Le 12 on note : confusion mentale avec désorientation absolue, fausse reconnaissance, euphorie, projets, voyages. Manifeste des idées de grossesse. Paralyse diaphragmatique, pouls et respiration très rapides. Les derniers jours : impotence complète des membres inférieurs, abolition des rotuliens, exagération de l'amyotrophie. Fièvre 38°, 39°.

Décès le 15 janvier. Température terminale 39°5.

Autopsie. — Cerveau : H. D. 530 grs. H. G. 525. Cervelet et bulbe 160 grs. Poumon droit 480 grs, cavernes tuberculeuses du sommet, avec adhérences pariétales. Poumon gauche 480 grs. Cœur 220 grs. Foie 1.050 grs. Rate 125 grs. Pancréas 60 grs. Rein droit 190 grs. Rein gauche 150 grs.

Obs. n° 10. — Mme LEFEBVRE, Lucie, 59 ans, entrée le 4 janvier 1931. Femme de ménage. Rien de particulier dans les antécédents lointains. Une fille bien portante.

Elle-même normale jusqu'à ces dernières années, où la fille constate une irritabilité exagérée dont elle ignore la cause et qu'on peut rétrospectivement rapporter aux excès de boisson. L'enquête a montré que depuis plusieurs années la malade buvait (vin, Byrrh, rhum), mais surtout depuis 15 mois.

Début des troubles actuels, 2 à 3 jours avant l'entrée. Confusion mentale, onirisme nocturne, visions d'incendie, zoopsie, hydropisie. Dès l'entrée, la malade est très turbulente, elle se trompe de lit, va se coucher à côté d'autres malades.

Désorientation : ne sait où elle se trouve, ignore la date et celles des faits précis récents. Persistance de certaines notions anciennes (date de naissance). Fabulation : dit avoir été à Haraucourt, au pays puis à la foire, puis chez des amis où elle a couché. Affirme l'instant d'après qu'on l'a ramenée en auto vers minuit. Un peu plus tard, c'est chez une dame M... qu'elle a passé la nuit, cette amie lui a même dit : « Il y aura toujours un lit pour vous chez nous ». Troubles coenesthésiques : petites bêtes qui la rongent et qui rampent sur ses jambes. Irritabilité, colères, menaces, coups, a giflé une infirmière. Légère inégalité pupillaire (droite), réactions conservées.

Réflexes tendineux faibles mais existant aux membres inférieurs. Légères douleurs à la pression des masses musculaires,

Tremblement digital et lingual. Pâleur avec subictère conjonctival. Apyrexie. T. A. : 14-9.

Très rapidement état confusionnel avec agitation nécessitant l'isolement, arrache toute sa literie, se roule par terre. Gâtisme. Alimentation difficile. Persistance du même état pendant une dizaine de jours.

Le 15 janvier, on note une impotence fonctionnelle des membres inférieurs. La station debout est impossible, la malade peut seulement fléchir les jambes et les détache difficilement du plan du lit.

Abolition complète des réflexes rotuliens et achilléens, les réflexes persistent vifs aux bras. Douleurs à la pression des mollets et des nerfs. Fabulation persistante, mais l'hostilité du début est remplacée par de l'euphorie avec propos enfantins. La désorientation est globale, ne reconnaît plus sa fille.

Examens biologiques :

B. W., Meinicke, Kahn du sang négatifs.

L. C. R. tension 36.25, alb. 0,28, globulines 0, leuco. 0,3. Benjoin : 00000.00210.00000. Parégorique, B. W., Meinicke négatifs.

Urines : ni sucre ni albumine, présence d'urobiline et de sels biliaires. Urée 9,36, chlorures 6,5 par litre. Azotémie 0,22 à l'entrée, puis 0,33 le 8-1, ce même jour : glycémie 0,97, cholestérinémie 1,50, pigments biliaires 1/15.000, pH. 7,69, réserve alcaline 69.

Ex. hématologique : glob. rouges : 5.100.000, glob. blancs : 9.200. Formule : lympho 20, moyens mono : 13, grands : 6, poly. neutro : 57. Fosinophiles : 4. Hémoglobine 85 %. (Dr Weissmann).

Aggravation rapide de l'état général. Décès le 17 janvier. Température terminale 40°.

Obs. n° 11. — Mme ALBERT, Marie, 47 ans, entrée le 19 janvier 1931. Employée aux P. T. T. Peu de renseignements sur ses antécédents. Séparée depuis deux ans de son mari. Voyait rarement ses enfants. Les voisins disent n'avoir rien remarqué d'anormal dans sa conduite. Les troubles mentaux seraient tout récents.

A l'entrée, état physique très précaire. Subictère. Légère ascite. Gros foie, circulation collatérale. Œdème de la paroi abdominale. Atrophie considérable des muscles des bras et des jambes, faisant ressembler les membres à des pattes d'araignée, surtout par contraste avec l'importance du volume de l'abdomen. Impotence complète des membres inférieurs. Mouvements des bras possibles.

Réflexes tendineux vifs aux membres supérieurs, ils persistent aux membres inférieurs, mais sont faibles (rotuliens comme achilléens). Douleurs peu manifestées par la pression des masse musculaires. Mains toujours crispées, les doigts serrés dans la paume.

Mouvements continus de ramassage, attrape des fils. Hallucinations visuelles probables, essais de conversation.

Tête tournée à droite, toujours en hyperextension. Strabisme convergent récent. Température 38° à l'entrée, puis hypothermie.

Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn négatifs. Azotémie 0,78, pigments biliaires 1/25.000. Pseudo-albumines et pigments biliaires en grande quantité dans l'urine.

L. C. R. alb. : 1,70. Pandy ++, Weichbrodt : +. Leuco : 6,6, Benjoin : 01100.12222.11000. Parégorique — 2. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Pas de pigments biliaires dans le liquide.

Aggravation rapide. Hypothermie (au-dessous de 35°). Décès le 22 janvier. Température terminale 38°.

Autopsie. — Cerveau : H. D. 425 grs. H. G. 425 grs. Cervelet et bulbe 140 grs. Poumon droit 360 grs. Poumon gauche 380 grs. Cœur 360 grs, pas d'athérome. Rein droit 100 grs. Rein gauche 130 grs. Rate 110 grs. Pancréas 80 grs.

Obs. n° 12. — Mme LAUNAY, Yvonne, 33 ans, sans profession, entrée le 31 janvier. Père alcoolique, frères et sœurs bien portants. Aurait contracté la syphilis il y a 5 ans, soignée pendant 4 ans. B. W. toujours négatif. Cidre et eau-de-vie « depuis la naissance » (Sarthe). Boit surtout depuis 5 ans du vin blanc, 1 litre 1/2, des apéritifs. Désintérêt progressif de son intérieur, de ses enfants. Cauchemars depuis deux ans, vomissements. Depuis un mois ne peut plus se tenir debout (avait déjà des « faiblesses » depuis 3 à 4 mois). Crampes, amyotrophie. A présenté de la rétention d'urines pendant huit jours). Fabulation : depuis près de deux mois raconte « des histoires ». Depuis dix jours, scènes oniriques diurnes, voit des bandits, des voisins, le médecin alors qu'elle est seule. Sur son lit essaie de ramasser des aiguilles et du fil (a été couturière), dit avoir des clous d'argent dans les pieds, de l'ouate « à l'intérieur du doigt de pied ».

À l'entrée, confusion complète, agitation sur place, bouleverse son lit, tire les couvertures, ramasse les draps. Onirisme incessant. Impotence complète des membres inférieurs ; ne peut s'asseoir. Abolition des réflexes tendineux des membres infé-

rieurs. La douleur à la pression des muscles n'est pas signalée. Pupilles égales, réactions lumineuses normales. Gâtisme, température 37°5.

Ex. biologiques. B. W., Meinicke Kahn du sang deux fois négatifs. R. de Besredka : négative Vernes résorcine : 7.

L. C. R. alb. : 0,48, glob. o, leuco : 0,8 (qq. glob. rouges), Benjoin 00000.22222.20000 Bordet-Wassermann, Meinicke, négatifs. Urée 0,57 (1.2) puis 0,70 le 2 février.

Aggravation très rapide.

Le 2 janvier, état grave, lèvres fuligineuses, langue rôtie, Secousses musculaires généralisées. Attitude de paraplégie en flexion; les bras sont demi-fléchis, avec des mouvements rappelant la chorée et une tendance à l'enroulement. Spasmes du diaphragme. D'ailleurs agitation désordonnée incessante de tous les muscles du corps (membres et tronc), agitation choréiforme qui va durer jusqu'au moment de la mort. Avale difficilement. Ne peut parler. Fièvre 38°7. Décès le 3 février. Température terminale 41°5.

Autopsie : Cerveau : H. D. : 465 grs. H. G. 415. Cervelet et bulbe 170 grs. Ventricules dilatés, adhérences des méninges au crâne. Poumon droit 500 grs et gauche 390. Cœur 260 grs. Foie 1.430. Rate 110. Pancréas 80. Rein droit 115, et gauche, 110 grs.

Obs. n° 13. — Mme LACELLE, Augustine, 60 ans, vendeuse de journaux, entrée le 31 mars 1931. Buvait déjà il y a 14 ans au moment du divorce qui la sépara de ses enfants dont l'un nous donne les renseignements. A eu 8 enfants dont un est mort d'affection pulmonaire (?). Buvait du vin blanc et des apéritifs (Byrrh). Sordidité.

Début récent des troubles (5 à 6 jours).

Somnolence. Obnubilation profonde, désorientation globale, ne sait pas son âge, se dit en 1914. Se croit à la maison Thomson, parle de la guerre finie il y a 6 mois. Ne sait plus combien elle a eu d'enfants. Nie violemment tout excès alcoolique, sans doute aime-t-elle le Byrrh, mais elle n'en prend jamais plus de deux à la fois. Inconscience totale de son état. Euphorie, elle a toujours été en parfaite santé, encore actuellement, elle est capable de travailler comme d'habitude, accuse seulement une certaine faiblesse depuis un mois.

Impotence complète des membres inférieurs, ne peut se tenir debout. Abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs. L'hyperalgie n'est pas notée. Strabisme convergent d'apparition récente, réactions pupillaires à la lumière conservées.

Examen biologique. B. W., Meinicke Kahn du sang positifs. L. C. R. alb. 0,35, Pandy : +, Weichbrodt : 5. Leuco. : 34. Benjoin : 22222.22222.00000. Parégorique 22-2. B. W. et Meinicke positifs. Azotémie 0,30 le 14-3. Le 16-3 dans le L. C. E. : urée 1,07, sucre 1,11, chlore 4,41.

Déchéance physique, amaigrissement global. Alimentation difficile, ne peut guère avaler. Fièvre 38°5. Décès le 16 mars. Température terminale 40°9.

Autopsie. — Cerveau : H. D. 570 grs. H. G. 557 grs. Cervelet et bulbe 170 grs. Dure-mère fortement congestionnée à la face convexe de la région frontale gauche. Hémorragie diffuse intrarachidienne assez récente et commençant à être enkystée par une mince membrane fibreuse. Ventricules dilatées. Poumon droit, 480 grs, et gauche 300 grs. Cœur 290 grs, pas d'athérome. Foie 1.620 grs. Vésicule biliaire à paroi fibreuse, légèrement hypertrophiée, remplie par 8 calculs, de la grosseur d'une noisette environ. Rate 180 grs. Rein droit 140 grs, et gauche 150 grs.

Obs. n° 14. — RICHARD, Marie, entrée le 26 mai 1931. 53 ans, culottière. Excès alcooliques depuis la guerre (vin rouge, arquebuse, rhum). A augmenté sa consommation depuis septembre 1930 après l'assassinat de son fils. Ménopause à 46 ans. 5 enfants, 2 tués, les autres bien portants. Aurait eu une hémoptysie à 38 ans.

Indifférence et incurie depuis 15 jours. Cauchemars. Parésie des membres inférieurs depuis deux jours. A l'entrée, confusion globale, désorientation dans le temps et l'espace. Fabulation : a été hier au jardin, reconnaît le médecin pour un de ses voisins. Paraplégie : marche impossible, au lit les mouvements s'exécutent mais avec une grande diminution de la force musculaire. Hypotonie. Abolition des réflexes des membres inférieurs. Hypoesthésie marquée. Gâtisme.

Faciès bouffi, subictère, varicosités, peau sèche, peu de poils axillaires, touffe pubienne peu fournie.

Même état les jours suivants. Fabulation, fausses reconnaissances, reconnaît tout le personnel, la salle, est déjà venue 2 ou 3 fois ici. Donne l'emploi de son temps, indique ses promenades...

Mêmes signes neurologiques, hallucinations tactiles ou parésthésies, dit avoir un serpent sous les pieds. Cherche avec ses mains, ramasse ses draps. Atteinte rapide du diaphragme, avale son ventre. Alimentation très difficile (ne peut manger seule et déglutition pénible). Gâtisme. Hypothermie autour de 36° à partir du 30 mai.

Affaiblissement rapide, rétention d'urines passagère. Pous-sée thermique. *Parotidite droite* le 7. Décès le 8. Température terminale 41°6.

A l'entrée : urines, albumine 1 gr. % acétone, urobiline et sels biliaires en quantité notable. Azotémie 0,26. Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs.

L. C. E. Tension 24, alb. : 0,24, glob. 5, leuco : 0,3. Ben-join : 00000.00100.00000. Parégorique 000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Autopsie. — Cerveau : H. D. 500 grs. H. G. 520 grs. Cervelet et bulbe 150 grs. Poumon droit, 750 grs. P. gauche, 450 grs. Foie 1.800 grs., très dur à la coupe, aspect lobulé, Rate 190 grs. Cœur 320 gr., léger athérome aortique,

Obs. n° 15. — BERNON, Jeanne, entrée le 26 mai 1931, 53 ans. Mère « originale ». A eu 3 enfants dont un prématuré (8 mois) à 40 ans. Vit dans son ménage. Ménopause depuis deux ans. Boit depuis plusieurs années mais surtout depuis deux ans : vin blanc 2 litres par jour au moins. Ivresse fréquente. Cauchemars, crampes, anorexie, gastrite. Tremblement, déchéance progressive. Indifférence affective, incurie, absence de soins élémentaires, ne pense qu'à boire.

Depuis 8 jours, troubles mentaux, confusion avec onirisme. Faiblesse des jambes depuis 4 ou 5 jours. A l'entrée, confusion avec agitation. Ignore son âge, désorientation dans le temps, mais bien moins importante que la désorientation spatiale. Fabulation, voyages, promenades récentes au jardin. Turbulence, en mouvement continu, défait son lit, bouleverse ses matelas. Station debout difficile mais possible. Réflexes tendineux des membres inférieurs abolis. Hyperesthésie à la pression des nerfs et des muscles.

Alimentation difficile. Gâtisme urinaire et fécal. Apyrexie 37°-37°5.

Même état les jours suivants, onirisme avec agitation perpétuelle. Insomnie, en conversation avec les bêtes et les gens qui l'entourent. Bientôt la station debout est impossible, mais les membres inférieurs peuvent être soulevés du plan du lit. Rétention d'urine nécessitant le sondage quotidien. Paralyse diaphragmatique signalée le 4 juin. A ce moment, somnolence habituelle, tremblement, soubresauts, pouls petit, très rapide. Apyrexie. Phénomènes syncopaux dès le 1^{er} juin. Coma le 6 juin. *Décès* le 9. Température terminale 39°4. Urines : traces d'albumine, acétone (traces), urobiline et traces de sels biliaires. Azotémie 0,52. Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs.

tifs. Liquide céphalo-rachidien tension 20. Alb. 0,24. Glob. : 0, leuco. : 0,8. Benjoin : 00000.00000.00000. Parégorique, Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Autopsie. — Cerveau : H. D. 510 grs. H. G. : 515 grs. Cervelet-bulbe : 160 grs. Poumon droit, 340 grs., et gauche, 290. Cœur : 300. Foie 1.200 grs. Pancréas 80 grs. Rate 140. Rein droit, 110 grs., gauche, 130.

Obs. n° 16 (Service du D^r Marchand). — PR..., Georges-Louis, 39 ans, marchand ambulant, entré dans le Service de prophylaxie mentale le 27 février 1933.

Antécédents : Père mort à 72 ans, alcoolique (non interné). Mère vit toujours, bien portante. Sœur morte à 34 ans, alcoolique ou éthéromane. Frère mort à 45 ans, alcoolique. Lui-même pendant la guerre blessé superficiellement à la tête, par éclat d'obus. A eu le paludisme (Madagascar). Soigné souvent au Val-de-Grâce pour périchotécystite (décembre 1925), pour anémie avec splénomégalie palustre (1926), accès de paludisme.

Alcoolisme chronique évoluant sur un terrain syphilitique. Buvait depuis des années : 5 à 6 apéritifs (Byrrh, Raphaël) par jour, plus du vin : 1 litre et demi. Début des troubles il y a trois mois par des idées confuses de persécution et onirisme avec état anxieux. Apparition des troubles polynévritiques, il y a un mois.

A l'entrée : confusion mentale avec amnésie totale et dés-orientation complète. Fausses reconnaissances. Fabulation. Gâtisme. Hallucinations visuelles. Turbulence. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens avec marche presque impossible. Inégalité pupillaire (D) avec conservation des réflexes. Tremblement généralisé. Dysarthrie. OEdème des jambes. Subictère conjonctival. Foie gros mais non douloureux. T° à 37°.

Sang : Azotémie 0,38. Réactions négatives.

L. C. R. : Albumine 0,45. Globulines, traces au Pardy. Benjoin 00000.12221.00000. Bordet-Wass. et Meinicke négatifs.

Le 7 mars 1933, est placé dans le service du D^r Marchand. Etat stationnaire pendant 1 mois environ, puis vers le 10 avril 1933, amélioration très rapide des troubles.

Le 10 mai : mémoire complètement recouvrée, marche normale, mais réflexes achilléens et rotuliens sont absents. En plus, il persiste par moments, une sudation sur le dos des pieds. Disparition complète des douleurs.

Obs. n° 17 (Service du D^r Marchand). — PH..., Charles, 51 ans, entré dans le service le 22 novembre 1931.

Alcoolique chronique : buvait depuis des années (depuis l'âge de 25 ans), vin blanc (1 l. 1/2 par jour) et apéritifs. Etat dépressif avec polynévrite depuis un an. Tentatives de suicide par désespoir de ne plus pouvoir travailler.

A l'entrée : Troubles profonds de la mémoire : amnésie antérograde, sans fabulation. Amyotrophie des membres inférieurs avec abolition des réflexes tendineux. Etat général médiocre. Tremblement. Désorientation dans le temps. Pas de fausses reconnaissances. Insomnie. Mélancolie. Cauchemars. Pas de douleurs à la pression des muscles. Pas de douleurs spontanées. Inégalité pupillaire, mais réflexes conservés. Jugement correct. Foie très petit. Léger subictère conjonctival. T° à 38°.

Le 12 mars 1932. — Stéréotypie datant depuis l'entrée : « Il a donné son corps à la médecine. Il a vu sa femme et un médecin faire le certificat. » Même état neurologique et mental.

Azotémie 0,28. L. C. R. : Albumine 0,35. Globulines 0. Leuco 0,3. Benjoin 00000.02222.10000. Bordet-Wass. et Meinicke négatifs.

A l'examen électrique des membres inférieurs, on constate :

a) Séquelles d'une dégénérescence partielle légère dans le domaine des cruraux et des sciatiques poplités externes, caractérisées par la diminution de l'amplitude des contractions musculaires (surtout au niveau du jambier antérieur droit), par les traces de lenteur à l'excitation pratiquée en dehors des points moteurs. (Jambier antérieur vaste externe droit) et par l'augmentation des chronaxies. (Jambier antérieur droit, vaste externe droit.)

Les muscles extenseurs des gros orteils, surtout celui du côté droit, présentent des contractions ralenties et une chronaxie élevée (à droite).

b) Processus léger, de dégénérescence partielle en évolution, qui se manifeste dans le domaine du sciatique poplité interne, surtout dans la région plantaire des pieds.

Le 10 mai 1933. — Même état mental et nerveux. Même stéréotypie.

Obs. N° 18 (D^r L. Marchand). — *Psychose polynévritique. Guérison rapide de la polynévrite. Etat démentiel consécutif à*

forme de décence précoce. (Résumé.) — C... Céline, 38 ans, entre dans le service le 24 juillet 1928 avec les certificats suivants :

1° « Psychose polynévritique d'origine alcoolique. Amnésie et désorientation partielle, elle est arrivée depuis deux jours, la guerre s'est terminée en 1916. Fabulations, fausses reconnaissances. Suggestibilité, bavardage hypomaniaque. Abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs. Crampes, douleur à la pression des masses musculaires. Atrophie légère avec diminution de la force musculaire. Tremblement digital et lingual. Pituites matinales. »

2° « Affaiblissement intellectuel. Gros troubles de la mémoire. Fabulation. Hypomanie. Grossièretés. Actes démentiels. Alcoolisme probable. Tremblements. Cauchemars. Zoopsie. Abolition des réflexes rotuliens. Crampes dans les mollets. Nausées le matin. Troubles de la démarche et de l'équilibre. »

Le certificat de quinzaine porte : « Psychose polynévritique. Excitation ».

Renseignements de son fils âgé de 18 ans : son père a 60 ans et est bien portant. Sa mère est morte à 54 ans de hernie étranglée.

Céline est jumelle. Son frère est faible d'esprit et incapable de gagner sa vie.

Aucun renseignement sur les affections qu'elle a pu avoir dans son jeune âge. Instruction rudimentaire. Divorcée depuis 10 ans. Elle a mené ensuite une vie déréglée. Elle a vécu longtemps avec un ami qui, il y a 6 à 7 ans, a voulu la tuer. Il lui a tiré une balle de revolver dans le dos, la balle n'a pas été extraite. Céline, depuis plusieurs années, se livre à des excès de boisson et principalement du vin.

Le début des troubles actuels remonte à un mois. Les membres inférieurs ont commencé à se paralyser, puis les troubles mentaux sont apparus. Délire surtout nocturne. La malade appelait les voisins, poussait des cris, bouleversait les objets de son appartement. Elle a passé ses chaussures au ripolin.

A l'entrée dans le service : grande confusion dans les idées. Incapable de donner le moindre renseignement sur sa maladie. Sait son âge, mais ignore la date actuelle, le nom de l'hôpital où elle est, ne sait de quel établissement elle arrive. Pas de fabulation mais idées de persécution mobiles : on lui arrache les dents, on lui a jeté du verre pilé dans les yeux, etc... Fausses reconnaissances. Réponses à côté. Certaine conscience de son état mental et reconnaît qu'elle est folle. Soliloquie.

Crises de colère se transformant brutalement en accès de rire. Propos grossiers. Insomnie. Cauchemars.

La marche sans soutien est impossible. Avec soutien la malade marche lentement, en steppant.

La force musculaire est surtout diminuée aux extrémités. L'extension des pieds et principalement des orteils est très limitée. Résistance à l'extension de la jambe sur la cuisse très faible. Les tr. parétiques sont symétriques.

La force musculaire est également affaiblie aux supérieurs. Tremblement fin et rapide des doigts. Ecriture très tremblée. Amaigrissement généralisé, masses musculaires mal indiquées sous les téguments.

La sensibilité tactile et douloureuse paraît conservée. Douleurs des mollets à la palpation. Crampes et douleurs fulgurantes. Les pieds sont frais et cependant la sudation est abondante à leur niveau.

Abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Pas de Le réflexe cutané plantaire est indifférent. Les pupilles sont égales et réagissent.

Les résultats de la ponction lombaire sont négatifs. Tension 35. Albumine 0,25. Globuline 0, leucocytes 0,8. Benjoin, B. W. et Meinicke négatifs. Le Wass. est également négatif dans le sang.

Rien de particulier à noter du côté des organes. Le volume du foie paraît normal.

Régime lacto-végétarien. Bromidia. Enveloppement ouaté des membres inférieurs.

Rapidement dans la suite, l'état mental se transforme, et, après quelques mois, présente la même symptomatologie qu'actuellement.

La malade est continuellement agitée, violente, grossière, malpropre, gâteuse, se barbouille de matières et mangerait ses excréments si elle n'était continuellement camisolée. Elle introduit toutes sortes de saletés dans ses narines, dans ses oreilles.

On ne peut tenir aucune conversation avec elle. Non seulement ses idées ne s'enchaînent pas, mais la plupart des phrases prononcées n'ont aucune signification. Chaque phrase est accompagnée d'une certaine intonation comme si son contenu avait une grande importance. Pendant qu'elle parle, la malade s'excite, devient violente, fait des menaces, se frappe la poitrine à coups de poings redoublés, la salive vient sourdre de chaque côté des commissures labiales. Souvent, il suffit de lui tendre à ce moment un papier quelconque, un morceau de journal et immédiatement la colère tombe.

Indifférence complète. Céline n'adresse la parole à personne. Jamais elle n'a demandé sa sortie. Quand, dans son dortoir, une malade déclame, elle lui répond par des phrases dénuées de sens ou des mots grossiers, prenant pour elle les propos entendus.

Mouvements stéréotypés. Usure des cheveux à la partie postérieure du crâne, causée par des mouvements alternatifs de rotation de la tête.

Quant aux troubles polynévritiques, ils disparurent en quelques mois, les paralysies les premières. Les réflexes achilléens et rotuliens restèrent abolis pendant un an environ. Actuellement on ne note plus comme reliquat qu'une acrocyanose des extrémités inférieures avec sudation exagérée.

L'état général est satisfaisant.

Obs. N° 19 (Service Pr. Claude). — Mme Berthe, 47 ans, entrée dans le service le 23 juillet 1931, venant de l'hôpital Beaujon.

C'est une femme qui a toujours bu jusqu'à dix litres de vin rouge et blanc par jour, en plus des apéritifs et rhum, son mari l'a quittée à cause de cela. Femme intelligente et assez instruite. Ne mangeait pas. Au mois d'avril, elle s'alite, vers le mois de mai commence à dire « des sottises ». Disait qu'elle allait accoucher chaque jour. Hallucinations oniriques. Sadité. Gâtisme. Pas de troubles du caractère, toujours très douce. Quatre enfants bien portants, un enfant mort de méningite, un autre mort maladie bleue.

Se plaint d'avoir été souvent malade, elle a toujours été « patraque ». Travaillait chez elle, faisait de la confection à domicile, prétend que l'appétit allait assez bien. Buvait du vin rouge ou du vin blanc, un litre à chaque repas, avec son mari, dit-elle. Prenait rarement l'apéritif, mais buvait toujours un verre de rhum après chaque repas. Buvait aussi un peu entre les repas, du vin avec un peu d'eau de Vichy, peut-être 1/2 litre par jour. C'est de la faute de son métier de confectionneuse à la machine qui est pénible. Pas de cauchemars dans la nuit.

A l'entrée : visage vultueux, égarement. Amnésie antéro-grade, fabulation compensatrice, gravement absurde. Pas d'idées délirantes, tissu d'idées absurdes, incohérentes, en quelques points fixes : elle est enceinte, elle a beaucoup d'enfants, état de confusion profonde.

Tremblement généralisé. Affaiblissement des réflexes tendineux des membres inférieurs ; atrophie des masses musculaires. Pas d'impotence fonctionnelle notable. Pas de troubles de la sensibilité. Romberg positif. Gâtisme. Réactions pupillaires un peu lentes. Pouls à 110, régulier. Auscultation pulmonaire négative. Etat saburral des voies digestives.

Le 3 août (lundi) 1931 : complètement désorientée dans le temps et dans l'espace : ne sait pas l'année, le mois, le jour, se

croit être à Beauséjour, ne croit pas être dans un hôpital, mais plutôt dans une boulangerie parce que les boulangers portent des blouses blanches. Pleurs, lamentations. On lui a enlevé ses enfants. Elle en a sept (en réalité, quatre b. p., deux morts). Amnésie totale surtout antérograde. Fabulation compensatrice. Troubles de l'attention. Propos incohérents, fréquemment absurdes. Fausses reconnaissances : l'infirmière qui l'a amenée ici est sa belle-mère. Etat physique le même qu'à l'entrée.

Le 5 septembre 1931 : même état. En plus : pleurésie séro-fibrineuse. Sommets clairs. Transparence pulmonaire normale des deux côtés. Grosse masse biliaire à droite. Médiastin diminué de transparence. Aorte élargie en position frontale.

Le 18 octobre 1931 : « J'ai accouché il y a huit jours ; c'est un garçon, il doit être couché probablement ; je préférerais l'avoir avec moi ; je l'appellerai Hervé. — On m'a purgée pour me faire passer le lait, je ne me rappelle pas à quelle heure c'était, je ne me rends pas compte combien ça a duré ; je suis bien sûre d'avoir accouché, par exemple. »

Le 11 janvier 1932 : vit presque toujours couchée dans son lit. Inadaptation à sa situation. Généralement calme. Ne gâte plus. Attention difficile et peu efficace. Désorientée dans le temps et dans l'espace. Amnésie de fixation et d'évocation. Fausses reconnaissances. Pensée courte, discontinue. Très liée à ses émotions vives. Répétitions. Conscience correcte de sa situation : « Je suis dans un hôpital, pour une maladie du cerveau, » Fond mental attéré dans ses capacités mnésiques et dans les opérations constructives. Humeur très mobile. Hypertonie affective. Pleurs faciles et brefs. Plus de fabulation délirante : correction de sa conviction d'avoir accouché.

Atrophie musculaire. Réflexes rotulien et achilléen très faibles mais existent. Marche normale. Pas de tremblement.

Le 15 novembre 1932 : légère amélioration des troubles de la mémoire, mais à la place : déficit intellectuel très accusé. Défaut de synthèse mentale (calcul défectueux, réflexion fragmentaire et inefficace).

La malade est agitée, gâteuse, violente, indifférente à son entourage, grossière, malpropre.

Le 16 mars 1933 : même état psychique. Hypoacusie surtout droite, par tympano-sclérose mais avec participation labyrinthique. Pupilles inégales O.D. O.G., atrophie partielle de la pupille de O.G.

Réflexes rotuliens inégaux (aboli à droite, faible à gauche). Réflexes achilléens (aboli à droite, net à gauche).

L. C. R. : Tension 16. Albumine 0,20. Pandy 0. Cytologie 0,8. B. W. négatif. Benjoin 00000.22222.10000.

Sang : B.W. négatif. Meinicke : négatif.

Obs. N° 20 (Service Pr. Claude). — Mme Marie, 43 ans, sans profession, entrée à Sainte-Anne le 20 novembre 1931, envoyée de l'hôpital Lariboisière où elle avait été soignée pendant un mois pour des troubles mentaux caractéristiques en rapport avec une polynévrite alcoolique. — Alcoolique chronique : buvait depuis des années (vin, liqueurs, apéritifs).

Examen le 21 novembre 1931 : la malade présente un affaiblissement psychique portant principalement sur la mémoire : amnésie antérograde. Désorientation dans le temps et dans l'espace. Doutes sur son état civil. Indifférence et passivité. Approbativité niaise. Sensiblerie. Pas de fabulation spontanée ou provoquée. Pas de fausses reconnaissances. Nie absolument tout éthylisme.

Réflexes rotuliens et achilléens abolis. Atrophie des masses musculaires des membres inférieurs et douleur à la pression. Elargissement de la base de sustentation pendant la marche. Pupilles irrégulières mais réagissant à la lumière.

L. C. R. : Tension 25. Albumine 0,35. Pandy négatif. Leucocytes 0,6. B. W. négative. Benjoin 00000.22222.00000.

Sang : B.W. et Meinicke : négatif. Légère urobilinurie.

Le 24 novembre 1931 : même état, déficit amnésique global, désorientation dans le temps et dans l'espace. Souvenir de son mari, « scieur de long », « pas buveur ». Pleure à ce propos et montre une émotivité nettement excessive. Interrogée sur cette marque de chagrin : « J'ai beaucoup perdu, en le perdant ». Ne se rappelle pas de quoi il est mort.

Le 19 décembre 1931 : toujours désorientée dans le temps et dans l'espace. Amnésie antérorétrograde. Conservation des notions de son identité. Ni suggestibilité, ni fabulation. Défaut absolu de synthèse idéique. Inadaptation de sa situation. Nie toujours l'alcoolisme. « Jamais, jamais de la vie, je jure (Emotion, pleurs), j'ai peut-être d'autres défauts ».

Tremblement des doigts et de la langue. Réflexes rotuliens et achilléens abolis. Stylo-radiaux et tricipitaux vifs. Poumons rien d'anormal. Cœur non plus.

Le 18 février 1932 : même état. Amnésie totale. Irritable. A toute question répond : « Je ne me souviens de rien, je ne sais rien. » Aucun effort de recherche, répond au hasard avec mauvaise volonté. Pleure à l'interrogatoire sur sa famille. Collectionnisme. Etat démentiel.

Le 10 avril 1932 : même état mental. Quand on lui dit que des lettres envoyées aux adresses données par elle n'ont pas donné confirmation, répond avec indifférence : « Ah ! ah ! ».

— Facilement irritable au cours de l'examen. Connaît et affirme

son manque de mémoire mais proteste d'être questionnée. En même temps, excuses à ses oublis. Pas de déficit verbal.

Examen physique : amélioration des troubles polynévritiques. Réflexes rotuliens nets (abolis à l'entrée). Achilléens faibles. Pas de douleur à la pression des masses musculaires. Pupilles normales.

Obs. N° 21 (Service Pr. Claude). — Mme P... Antoinette, 57 ans, femme de ménage, entrée dans le service le 15 octobre 1932.

A eu deux fausses couches, un mort-né, deux jumelles dont une mort-née. Actuellement 5 enfants bien portants. Mari buveur, buvait elle-même beaucoup, vin surtout (rouge et blanc), quelquefois apéritifs (quinquina).

En février 1928, conduite à l'Hôtel-Dieu pour troubles polynévritiques, est sortie 16 jours après très améliorée, mais encore, erreurs et hésitations de la marche et apparition des troubles psychiques.

Il y a un mois, accentuation des troubles polynévritiques et psychiques, en même temps installation d'un état d'allure érysipélateuse, est envoyée de l'hôpital Cochin à Claude-Bernard, où elle est traitée pendant 3 semaines, et d'où elle est envoyée à Sainte-Anne.

Examen le 17 octobre : aimable, souriante, expansive, volontiers enjouée : née à Bonneval « au pays des fous, j'en ai peut-être attrapé un petit peu ». Désorientée dans le temps et dans l'espace. Ici c'est Issy-les-Moulineaux, c'est un hôpital, on y soigne « un peu de tout », elle y est « pour l'estomac ». Amnésie antérograde, pas de conscience de la gravité de son état, attention très troublée, réponses de travers, argument stéréotypé, contentement de soi : « Quand on élève cinq enfants toute seule, vous savez. » Ebauche de fausses reconnaissances. Turbulence. Gâtisme. Aveux d'éthylisme (vin blanc « une chopine », malaga, quinquina). Négations quant à l'alcool fort et liqueurs : « Faudrait être riche ». A servi cinq ans dans un café. Avoue crampes, nie zoopsies, piteuses matinales.

Varicosités des pommettes. Pupilles égales réagissant à la lumière et distance. Réflexes rotuliens et achilléens abolis. Difficulté de la marche, vive douleur à la pression des masses musculaires des membres inférieurs. Tremblement des doigts et de la langue. Tachycardie 120. Température à 37°8-38°4.

Liquide C.R. : Albumine 0,35. Cytologie 0,6. B.W. négatif.

Benjoin : 00110.02200.00000. Sang : B.W. et Meinicke : négatifs. Pandy : positif.

Obs. N° 22. — Polynévrite à type monoplégique avec syndrome de Korsakoff chez un alcoolique psoriasique (Dupouy, Courtois et Richard). — MEN..., 42 ans, entré le 6 novembre 1932, venant de l'hôpital Cochin, où il est hospitalisé depuis 3 semaines, à la suite d'un épisode alcoolique subaigu.

C'est un alcoolique chronique depuis des années. Se plaint depuis longtemps de crampes, de fourmillements et même d'une certaine difficulté de la marche. Jamais, cependant, des accidents subaigus antérieurs. C'est à l'hôpital Cochin qu'on observe pour la première fois la polynévrite. En plus : état de confusion avec agitation prolongée qui motive son entrée à l'hôpital psychiatrique.

Assez vite le malade s'y calme et il persiste seulement des courtes périodes d'excitation motrice surtout pendant la nuit, provoquées par des hallucinations visuelles.

Dans les périodes de calme, le malade présente : une amnésie de fixation avec désorientation massive dans l'espace et dans le temps. En plus : amnésie rétrograde importante, variable dans son intensité d'un moment à l'autre, une amnésie inconsciente, compensée par une fabulation fort riche. Fausses reconnaissances.

A l'examen neurologique : polynévrite, à forme monoplégique, crurale gauche avec abolition des réflexes rotulien, achilléen et médio-plantaire gauches. Atrophie musculaire prédominant sur la loge des extenseurs ; pied bot paralytique. Step-page. Hypotonie très marquée avec troubles sensitifs à forme d'anesthésie douloureuse. Sur le membre du côté opposé : réflexes existent, force musculaire conservée. Mais douleur à la pression des nerfs et des muscles et hypotonie notable. Membres supérieurs et tronc indemnes. Pupilles inégales (D.).

A l'examen général : signes d'imprégnation alcoolique : tremblement, foie gros et douloureux à la pression. Ethylisme certain : 2 à 4 litres de vin par jour et des apéritifs. D'autre part : dermatose papulo-squameuse, prédominant à gauche et aux régions distales des membres où elle forme des plaques rouges et prurigineuses. Psoriasis, qui date, paraît-il, de l'enfance, et a été longtemps soigné sans succès à Saint-Louis. Il atteint également les phanères, spécialement les ongles qui sont durs, striés, cassants, épaissis et stratifiés en marche d'escalier, décollés, surtout aux orteils où ils sont par endroits le siège d'un suintement séro-sanguinolent.

Examens humoraux : urobilinurie massive. Azotémie 0,21. Glycémie 0,95. Cholestérinémie 1,87. Bordet-Wass. et Meinicke du sang négatifs. L.C.R.: tension 46-34. Hyperalbuminose légère 0,32. Pandy traces. Weichbrodt 0. Leuco 0,2. Benjoin 00000.02221.00000. Bordet-Wass. et Meinicke négatifs.

Obs. N° 23. — D... Marie, 61 ans, entrée dans le service le 17 novembre 1932.

La malade buvait deux à trois litres de vin blanc par jour. Ne peut plus marcher depuis un mois.

Perte de la mémoire surtout pour les faits récents. Délire intermittent. Désorientation complète dans le temps et dans l'espace.

Amyotrophie; réflexes tendineux abolis. Douleur à la pression des masses musculaires. Impotence fonctionnelle complète. Apyrexie.

Sang : urée à 0,37. B.-Wass., Meinicke et Kahn négatifs. L.C.R.: réactions humorales négatives.

Urines : 600 cmc. Albumine 0,33. Traces d'urobiline.

Aggravation brusque. Décès le 24 novembre 1932.

Obs. N° 24. — P... Hélène, 51 ans, entrée le 24 octobre 1932.

Alcoolique chronique (vin rouge, rhum, apéritifs). Début des troubles il y a trois semaines, depuis aggravation très rapide.

Actuellement : confusion avec stupeur. Abolition de tous les réflexes tendineux des membres. Paraplégie flasque complète : reste couchée sur le dos, ne peut même pas tourner dans le lit. Anesthésie. Amaigrissement cachectique. Paralyse du diaphragme. Troubles de la déglutition. Rétention d'urine. Gâtisme. Escarres. Phlyctènes aux mains (région de pression sur les matelas). Etat général très mauvais.

Sang : Bordet-Wassermann et Kahn négatifs, Meinicke partiellement positif. Azotémie 4,40.

L.C.R.: réactions négatives.

Aggravation très rapide et décès le 31 octobre. Température terminale 39°6.

Obs. N° 25. — C... Adrienne, 41 ans, entrée dans le service le 13 février 1932, venant de l'hôpital Tenon, avec le certificat suivant :

« ...est amenée à l'hôpital pour des troubles mentaux.

Actuellement présente : désorientation dans le temps et dans l'espace, de l'amnésie portant sur les faits récents et anciens, avec fausses reconnaissances, suggestibilité, tendance à la fabrication. Des idées délirantes, variables d'un jour à l'autre avec hallucinations auditives et visuelles, mais sans agitation. »

Troubles de la marche, exagération des réflexes tendineux prédominant aux membres supérieurs. Tremblement continu.

D'autre part, le mari de cette malade présente une insuffisance aortique, de la dysarthrie, du tremblement, un Bordet-Wass. H° dans le sang, mais aucune réaction dans le L.C.R. Elle-même présente Bordet-Wass. H° dans le sang, Bordet-Wass H° dans le L.C.R., tension 48 (assise) (Claude), albumine 0,22, Pandy et Weichbrodt négatifs, leuco 0,2. Benjoin 00002.22100.00000 (4 février 1932).

Cette maladie buvait deux litres de vin par jour, Dubonnet sec, deux, trois fois par jour. A eu des métrorragies abondantes.

Le 15 février 1932 : état confusionnel grave. Polynévrite. Réflexes tendineux très vifs. Marche très difficilement depuis deux mois.

Le 6 mars 1932 : impotence fonctionnelle complète pour la marche. Peut lever ses jambes du plan du lit, mais force très diminuée, ne peut s'asseoir sur son lit. Reste couchée sur le dos ou sur le côté. Mouvements des bras pour attraper des fils, essaie de joindre des objets invisibles. Tremblement des mains. Fibrillation des muscles faciaux et orbiculaire des lèvres, surtout à gauche. Réflexes tendineux très vifs aux bras et aux jambes. Douleur à la pression des muscles, tendon d'Achille et plante des pieds. Amyotrophie. Pas de paralysie diaphragmatique ni oculaire, mais léger strabisme convergent. Gâtisme. Pas de changement nerveux depuis l'entrée. Température toujours au-dessous de 37°.

Examens biologiques : le 15-11-1932 :

Sang : urée 0,30. Bodet-Wass. : partiellement positive. Meinicke négative. Kahn, négatives (traces).

L.C.R. : tension 66. Albumine 0,32. Pandy et Weichbrodt négatifs. Benjoin : 00000.02222.00000. Parégorique 00-0. Bordet-Wass. et Meinicke négatifs.

Urines : 250 cmc. Pas d'albumine, pas d'urobiline, mais sels biliaires très abondants.

Sang (3-3-33) : Bordet-Wass. positive ; Meinicke positive ; Kahn fortement positive. R. de Besredka, positive. Réaction à la résorcine, degré photométrique 61.

Décès le 11 mars 1933 avec température terminale à 41°6. L.C.R. (P.M.) : urée 1,53 ; sucre 0,98 ; chlorures 4,80.

Autopsie : cerveau : H.D. : 437 gr. ; H.G. : 437 gr. Cervelet et bulbe : 147 gr. Poumon gauche : 340 gr. P.D. : 590 gr.

Cœur : 190 gr. Foie : 1.270 gr. Rate : 120 gr. Rein droit : 170 gr. R.G. : 190 gr.

Obs. N° 26. — D... Jeanne, 38 ans, entrée dans le service le 16 janvier 1932.

A eu six enfants, quatre vivants, bien portants. Un mort à 10 ans de néphrite, l'autre né à 7 mois 1/2, mort à 18 mois de méningite.

Père nerveux, 61 ans, mère morte. Grand-père maternel interné à 35 ans dans un asile où il est mort.

D'après le mari, alcoolique chronique très imprégné, elle buvait surtout depuis 5 mois, du vin à midi et le soir, du rhum tous les matins deux à trois verres, deux verres au deux repas et un peu entre les repas. Ne mangeait pas. Vomissements tous les matins depuis des années. Douleurs dans les jambes. A marché et travaillé dans son ménage jusqu'à vendredi dernier (soit six jours). A « perdu la raison » subitement, le lendemain ne pouvait plus marcher. Entrée le lendemain du jour où elle a été paralysée et où le délire a commencé. N'aurait pas fait d'excès plus importants à l'occasion des fêtes. Amaigrissement notable surtout depuis 25 jours.

Amnésie antérograde. Fabulation. Fausses reconnaissances. Confusion. Onirisme. Délire. Propos incompréhensibles.

Paralysie incomplète des membres inférieurs. Abolition des réflexes rotuliens. Persistance des réflexes tendineux des membres supérieurs. Douleurs à la pression des mollets, du tendon d'Achille et de la plante des pieds. Amyotrophie considérable des quatre membres. Respiration superficielle. Paralysie diaphragmatique au début. Pouls très petit, rapide. Voix nasouée. Attitude en hyper-extension de la tête. Mouvements de défense des bras. Apyrexie.

Sang : réactions humorales négatives. Azotémie 0,81.

L.C.R. : tension 40 ; albumine 0,30. Pandy et Weichbrodt négatifs. Leuco 0,4. Benjoin 00000.22220.00000. Parégorique 00-0. B.-Wass. et Meinicke négatives.

Urines : 450 cmc. Pas d'albumine, mais forte acétonurie et traces d'urobiline.

Décès le 27 janvier 1932. Température terminale 39°.

L.C.R. (P.M.) : urée 0,81. Chlorures 5,02. Sucre 1,16.

Autopsie : cerveau : H.D., 510 gr. ; H.G., 510 gr. Cervelet et bulbe : 140 gr. Poumons droit et gauche : 300 gr.

Cœur : 220 gr. Foie : 1.350 gr. Rate : 60 gr. Reins gauche et droit : 120 gr.

Obs. N° 27. — G... Juliette, 47 ans, cartonnière, entrée dans le service le 19 février 1932.

Mère et sœur alcooliques. Frère mort jeune. Un enfant. Plusieurs fausses couches. Pleurésie purulente à 22 ans. Internée à l'hôpital Tenon pendant deux mois, sortie en novembre (31). Ne travaille plus depuis deux ans. Buvaît beaucoup surtout du vin rouge, deux litres par jour, et rhum. Troubles de la marche depuis deux mois, impotence fonctionnelle complète depuis le 3 janvier 1932. Confinée au lit. Depuis quatre à cinq jours ne reconnaissait plus sa fille, l'entourage, parfois incohérente. Perdait la mémoire.

A l'entrée : confusion, fausses reconnaissances, amnésie antérograde, hallucinations et fabulation. Atrophie des muscles des mollets qui sont douloureux à la pression. Réflexes tendineux des membres inférieurs abolis.

Dyspnée. Tachycardie à 120. Paralyse du diaphragme au début. Pupilles en mydriase, irrégulières, réagissant à la lumière. Température à 37°.

Sang : réactions humérales négatives. Urée à 0,84.

L.C.R. : tension 55, albumine 0,25. Pandy et Weichbrodt négatifs. Leuco 0. Benjoin 00000.01000.00000. Parégorique 00-0. B.-Wass. et Meinicke négatifs.

Urines : normales.

Décès le 7 mars 1932.

L.C.R. (P.M.) : Urée 0,84; sucre 0,61; chlorures, 5,00.

Autopsie : cerveau : H.D., 490 gr.; H.G., 500 gr. Cervelet, bulbe : 150 fr. Poumon droit : 500 gr. Poumon gauche : 440 gr. Cœur : 270 gr. Foie : 2.010 gr., jaune, très dur à la coupe. Rein droit : 140 gr. Rein gauche : 160 gr.

Obs. N° 28. — B... Ariza, 32 ans, entrée à l'hôpital Henri Roussel le 19 janvier 1933 avec le diagnostic de syndrome de Korsakoff alcoolique aigu.

Boit depuis des années. Rhum, Pernod, en quantité, le mari ne peut préciser. Fait monter des bouteilles. Sort d'une grippe. Paralyse des membres depuis quatre jours. Douleurs dans les jambes. Gâtisme urinaire. Constipation.

A l'examen : confusion. Amnésie totale. Onirisme. Fausses reconnaissances. Fabulations. Propos incohérents.

Paraplégie flasque, indolore. Réflexes rotuliens et achilléens abolis. Réflexes tendineux des membres supérieurs également abolis. Amyotrophie. Paralyse diaphragmatique.

Gros ventre, ballonné, tympanique. Pouls très rapide (130)

et inégal. Température à 38°6. Etat général très grave. Dyspnée très marqué.

L.C.R. : sanglant, albumine 1,20. Pandy et Weichbrodt, positifs. Benjoin, B.-Wass. et Meinicke, négatifs.

Sang : B.W., Meinicke et Kahn, négatifs.

La malade meurt le 21 janvier 1933, donc six jours après le début des accidents.

Autopsie : cerveau : H.D., 500 gr. ; H.G., 500 gr. Cervelet, bulbe : 160 gr. Petite zone hémorragique au niveau de la couche optique droite. Poumons droit et gauche : 520 gr. Cœur : 300 gr. Foie : 3 kilos. Rein droit : 150 gr. ; gauche : 200 gr. Rate : 200 gr.

Obs. N° 29. — B... Jeanne, 40 ans, entrée dans le service le 17 décembre 1931, venant de l'hôpital Saint-Louis avec le certificat suivant : « ...état de délire et d'agitation qui trouble le repos des malades... »

Le 18 décembre 1931 : fille de salle dans un bistrot, trinquait avec les clients : Dubonnet, beaucoup, vin au repas, bière en quantité dans l'intervalle. La malade est confuse. Hallucinations. Fausses reconnaissances. Elle est chez elle : « Appelez-moi la cuisinière qui est dehors », donc : désorientation dans le temps et dans l'espace. Elle a 47 ans (40). Ça fait quatre mois et demi qu'elle est dans le service. Elle est sortie hier avec Jean. Ils ont bu du vin. Hallucinations auditives. Inconscience de son état. Amnésie antéro-rétrograde. Fabulation.

Tremblement très marqué des doigts et de la langue. Bouquet d'herpès autour des orifices nasaux.

Paraplégie flasque, pieds en varus equin. Atrophie, surtout des muscles de la loge antéro-externe des jambes. Impotence fonctionnelle complète.

Réflexes rotuliens et achilléens abolis. Hyperesthésie cutanée. Paralyse radiale bilatérale, plus marquée à gauche avec hypotonie musculaire et abolition des réflexes tendineux des membres supérieurs. Les mains en hyperflexion sur les avant-bras. Réflexe cutané abdominal aboli. Paralyse du phrénique.

Examen de laboratoire : le 17-12-1931 : L.C.R., tension 55-30. Albumine 0,20. Pandy et Weichbrodt, négatives. Leucocytes 0,8. Benjoin 00000.22200.00000. Elixir parégorique : 00-9. B.-Wass. et Meinicke négatives. Sang : urée 0,45. B.-Wass., Meinicke et Kahn : négatives. Urines : 100 cmc. par 24 h. Albumine 0,4 0/00, urobilinurie.

Le 21 décembre 1931 : L.C.R. (P.M.) : albumine 0,20. Pandy et Weichbrodt négatives. Benjoin : 00000.02221.00000.

B.W. et Meinicke négatives. Sang : urée 1,82 o/oo. B.W. et Meinicke négatives. Température immédiatement après la mort 40°.

Décès le 21 décembre 1931.

Autopsie : cerveau : H.D., 500 gr.; H.G., 500 gr. Cervelet et bulbe : 180 gr. Poumon droit : 490 gr.; gauche : 430 gr. Cœur : 300 gr. Foie : 1.870 gr. Rate : 160 gr. Rein droit : 130 gr., et gauche 180 gr.

Obs. N° 30. — L... Augustine, 53 ans, entrée dans le service le 20 février 1933, avec le diagnostic d'éthylisme chronique.

Buvait depuis longtemps : vin, rhum, en quantité inconnue. Impotence fonctionnelle s'installant progressivement depuis trois semaines. Troubles mentaux survenant presque brusquement il y a deux jours : confusion, torpeur, fabulation, fausses reconnaissances.

Le 25 février 1933 : état comateux, gémit pour toute réponse. Paralyse diaphragmatique au début. Abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs et supérieurs. Douleur à la pression des mollets et surtout à la plante des pieds. Pauses respiratoires avec inspirations stertoreuses. Pouls petit incomptable. Peau sèche, écailleuse. Hypothermie.

Le 26 février 1933, l'hypothermie est remplacée par l'hyperthermie à 39°2.

Sang : urée 0,42 (le 21-2), puis 0,97 (le 27-2). Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs.

Urines : albumine 0,36, légère urobilinurie et pigments biliaires.

L.C.R. : B.-Wass., Pandey et Weichbrodt négatifs.

Décès le 27 février 1933 dans un état comateux.

Autopsie : Cerveau : H.D., 530 gr.; H.G., 530 gr. Cervelet et bulbe : 160 gr. Poumon droit : 470 gr.; gauche : 430 gr. Cœur : 270 gr. Foie : 1.770 gr. Rate : 150 gr. Rein droit : 130 gr.; gauche : 150 gr.

Obs. N° 31. — B... Lucie, 50 ans, hôtelière (buvette-restaurant), entrée dans le service le 22 septembre 1932, avec le diagnostic : imprégnation éthylique, état dementiel.

Début des troubles il y a 6 mois.

Prenait environ huit (8) apéritifs par jour. Depuis 15 jours en état de demi-conscience. Refus d'aliments.

A l'examen : affaiblissement intellectuel global. Amaigrissement considérable. Réflexes tendineux des membres supérieurs et inférieurs abolis. Douleurs à la pression des masses musculaires et des troncs nerveux. Petites poussées d'excitation à vide, avec gesticulation désordonnée, cris, puis elle retombe dans un mutisme complet, dans une attitude extatique. Faciès pâle, légère exophtalmie. Désordre complet de la toilette. Tremblement généralisé. Température à 38°.

Sang : urée 0,32 ; B.-Wass., Meinicke et Kahn négatifs.

L.C.R. : tension 46-34. Albumine 0,2. Pandy et Weichbrodt négatifs. Benjoin : 00000.00100.00000. Parégorique 00-0. B.-Wass. et Meinicke négatifs.

Urines : 600 cmc. par 24 h. Pas d'albumine. Légère urobilinurie. Pas de sels biliaires.

Décès le 29 septembre 1932 avec hyperthermie à 40°.

Autopsie : cerveau : H.D., 500 gr. ; H.G., 500 gr. Cervelet et bulbe : 170 gr. Poumon droit : 400 gr. ; gauche : 400 gr. Cœur : 330 gr. Foie : 1.320 gr. Rate : 130 gr. Rein droit : 150 gr. Rein gauche : 150 gr.

Obs. N° 32. — B... Henriette, 34 ans, entrée dans le service le 14 décembre 1932.

Le 14 décembre : deux enfants bien portants. Deux accouchements très difficiles. Grandes hémorragies. Boit surtout du vin rouge, mais aussi apéritifs. Ne peut boire du café sans prendre de l'alcool. Se moquait de sa sœur qui buvait de l'eau. « Si on la laisse une heure seule elle trouve le moyen d'aller chercher à boire » (sa sœur). Amaigrissement depuis six (6) mois que la malade attribue à une suite de deuil. Depuis trois mois inactivité, et depuis quelques jours crampes dans les jambes, remontant de la plante des pieds aux genoux. Cauchemars.

Subconfusion avec anxiété légère. Mémoire assez bien conservée, c'est surtout dans la vie courante que la malade présente des troubles. Désorientation dans le temps. Conscience conservée.

Paraplégie. Abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs et supérieurs. Sensibilité vive des masses musculaires. Tremblement généralisé. Moiteur des téguments. Sueurs. Amaigrissement considérable. Température à 38°. Vomissements continuels. Tachycardie à 120.

L.C.R. : tension 30-13. Albumine 0,30. Globulines 0. Leuco 0,4. Benjoin 00000.22210.00000. Parégorique 00-0. Bordet-Wass., Meinicke négatifs.

Sang : B.-Wass., Meinicke et Kahn négatifs. Urée 0,26 (le 15 déc.), puis 0,75 (le 23 déc.).

Urines : 150 cmc. par 24 h. Albumine 0,33; pigments biliaires 0; urobilinurie (traces).

Le 23 décembre : aggravation très rapide. Pouls très rapide imperceptible. Paralyse diaphragmatique avec respiration costale supérieure.

Décès le 23 décembre dans hyperthermie à 40°.

Autopsie / Poumon droit : 730 gr., avec infiltration tuberculeuse massive de toute la moitié supérieure; poumon gauche : 400 gr. Cœur : 270 gr., flasque sans athérome. Foie : 1.500 gr. Rate : 120 gr., avec des lésions différentes. Rein droit : 180 gr., dur à la coupe. Rein gauche : 140 gr.

Obs. N° 33. — LE S... Jean, 33 ans, entré le 17 juillet 1932.

Père mort à 65 ans, buvait pas mal. Mère morte à 60 ans. Deux sœurs vivantes. Deux frères, un mort de pleurésie. Deux enfants bien portants.

Buvait du vin rouge. Ne travaille pas depuis plus d'un an (mis à la porte de partout). A déjà eu une crise il y a trois mois. A recommencé à boire : « Il est en chômage, alors il pouvait boire, il buvait son « chômage » ».

Marche impossible depuis quelques semaines.

Etat semi-comateux, confusionnel, ne répond à aucune question. Etendu à travers de ses matelas dans une position inconfortable, qu'il semble incapable de rectifier. Réflexes tendineux des membres inférieurs abolis. Douleurs à la pression des muscles. Grds tremblement des extrémités. Brûlures du dos des deux mains. Nasonnement. Stomatite ulcéreuse. Pupilles en mydriase mais réagissant à la lumière. Hypothermie.

Décédé le 20 juillet 1932.

L.C.R. (P.M.) : urée 0,31, sucre 0,28, chlorures 3,18.

Autopsie : cerveau : H.D., 570 gr.; H.G., 560 gr. Cervelet et bulbe : 165 gr. Poumon droit : 640 gr.; gauche : 500 gr. Cœur : 280 gr. Rate : 190 gr. Reins gauche et droit : 200 gr.

Obs. N° 34. — M... Marie, 42 ans, entrée le 26 février 1932.

Depuis deux ans, crises de type épileptique. Excès de vin rouge depuis plusieurs années. Marche très difficile depuis quelques semaines.

A l'entrée station debout possible avec un aide. Amaigrissement très marqué avec atrophie musculaire. Pas de douleurs à la pression des mollets, mais douleurs plantaires violentes.

Abolition des réflexes rotuliens et achilléens, et des réflexes tendineux des membres supérieurs.

Le 28 février : état comateux. La malade est couchée sur le dos avec les bras et les membres inférieurs en extension, les avant-bras en flexion sur les bras. Tête en hyperextension. Douleurs à la pression et percussion des muscles (avec grand retard). Paupières fermées. Strabisme externe droit.

Le 29 février : sortie du coma. Inégalité pupillaire (G.). Nystagmus.

Sang : urée 1,95. B.-Wass., Meinicke et Kahn négatifs.

L.C.R. : tension 20. Albumine 0,20. Globulines 0. Leuco 0.

Benjoin 00000.22000.00000. B.-Wass. et Meinicke négatifs.

Décès le 6 mars 1932. Température terminale 40°6.

Autopsie : Cerveau : H.D. et G. : 500 gr. Poumon droit : 490 gr. ; gauche : 320 gr. Cœur : 230 gr. Rate : 60 gr. Foie : 1.350 gr. Reins droit et gauche : 150 gr.

Obs. n° 35. — T..., Marie, 56 ans, couturière, entrée le 4 janvier 1932.

D'après l'ami : buvait du vin blanc, plus d'un litre par jour. Ne mangeait pas. Depuis 5 à 6 mois, insomnie, cauchemars, zoopsie (chien, souris). Ne marche plus depuis trois semaines.

Le 6 janvier : Somnolence. Etat général grave. Face vultueuse. Rétention d'urine. Gâtisme. Selles diarrhéiques, noirâtres (mélaena). Escarre sacro-coccygienne. Respiration costale supérieure. Paralysie diaphragmatique. Cœur : rythme embryocardique, très rapide. Température à 37°.

Confusion. Fausses reconnaissances. Hallucinations. Elle a les mains pleines d'escargots, un chat veut sauter sur elle pour « l'égratigner ».

Impotence fonctionnelle complète des membres intérieurs avec atrophie des masses. Pieds varus equin. Hyperesthésie cutanée. Douleurs à la pression. Réflexes rotuliens, achilléens, abdominale abolis. Hypertonie des membres supérieurs.

Sang : B. Wass., Meinicke et Kahn, négatifs, Azotémie à 2,25.

L. C. R. : Tension 50. Albumine 0,50. Pandy et Weich. négatifs. Leuco 0,6. Benjoin 00000.22222.20000. Elixir 0-0. B.-Wassermann et Meinicke négatifs.

Urines : 600 cmc. Albumine 0,26. Légère urobilinurie.

Décès le 7 janvier 1932. Température terminale à 38°4.

Autopsie. — Cerveau : H. D. 560 grs., gauche : 560 grs.

Cervelet et bulbe : 160 grs. Poumon droit : 400 grs., et gauche 270 grs. Cœur : 280 grs. Foie : 1.380 grs. Rein gauche, 170 grs., et droit 140 grs. Rate : 90 grs.

Obs. n° 36. — G..., Eugénie, 48 ans, entrée le 17 septembre 1932.

D'après mari : la malade buvait, mais ne sait pas ce qu'elle prenait. Insomnie. Pituites matinales. Crampes. Depuis deux semaines, affaiblissement des jambes. Etat de confusion. Aurait pris froid il y a 5 ou 6 jours.

Le 19 septembre 1932 : Etat confusionnel. Mutisme presque absolu. Désorientation complète. Réflexes tendineux des membres inférieurs et abdominal abolis. Tremblement des doigts et de la langue. Température à 40°6.

Le 20 septembre 1932 : Mauvais état général. Température à 39°2. Langue Submatité diffuse dans le poumon droit, quelques râles crépitants. Tachycardie à 130. Léger œdème malléolaire.

Le 21 septembre 1932 : Teint plombé, lèvres cyanosées. Même état confusionnel. Tendineux abolis. Babinski indifférent. Photomoteurs paresseux. Œdème aigu du poumon droit. Pouls filant.

Sang : Urée 0.27. Bordet-Wass., Meinicke et Kahn négatifs.

L. C. R. : Albumine 0,30. Globulines 0. Benjoin 00000. 02210.00000; Parégorique 00-0. B.-Wass. et Meinicke négatifs.

Urines : 500 cmc. Forte urobilinurie.

Décédée le 21 septembre 1932. Température terminale 38°6.

A l'autopsie : Broncho-pneumonie double. Gros foie gras-seux (2.050 grs.). Rate grosse : 210 grs., éclate à la pression. Cœur : 350 grs. Aorte athéromateuse.

Obs. n° 37. — D..., Emilienne, 52 ans, entrée le 5 mai 1932.

Depuis des années, gros excès alcooliques, 2 litres de vin rouge par jour, rhum en quantité, apéritifs en cachette de son mari, lui-même gros alcoolique, précirrhotique. Il y a deux mois, elle a eu une crise épileptique; depuis, chaque nuit, crises de convulsions avec émission d'urine, stertor. Alitée depuis un an.

Pas de fausses couches. Trois enfants : deux bien portants, mariés, le troisième épileptique.

Etat confusionnel. Grossières erreurs d'orientation. Fabulation. Hallucinations auditives. Complètement indifférente à son entourage. Inconscience de son état. Gâtisme.

Dysarthrie. Strabisme divergent. Mydriase avec inégalité pupillaire (G), rigidité complète à la lumière.

Amyotrophie avec impotence fonctionnelle presque complète des membres inférieurs. Douleurs à la pression des masses musculaires. Réflexes rotuliens et achilléens abolis. Réflexe plantaire en flexion.

Couchée sur le dos en hyperextension, mains serrées, yeux fermés. Escarre coccygienne. Melaena. Rétention d'urine. Tachycardie à 120. Température 38°.

Sang : Réactions humorales négatives. Azotémie 0.18.

L. C. R. : Tension 36. Albumine 0,20. Pandy et Weichbrodt négatifs. Leuco 0.6. Benjoin 00000.11100.00000. Parégorique 0-0. B. Wassermann, Meinicke négatifs.

Urines : 200 cmc. Albumine, traces. Légère urobilinurie. Pas de sels biliaires.

Décédée le 18 mai 1932.

Autopsie : Cerveau : H. D. : 500 grs. H. G. : 500 grs. Cervelet, bulbe : 150 grs. Poumon droit, en bouillie, n'a pu être pesé. Poumon gauche : 450 grs. Cœur : 410 grs. Quelques points athéromateux sur l'aorte. Foie : 1.350 grs. Rate, 60 grs. Rein droit : 120 grs. Rein gauche : 150 grs.

Obs. n° 38. — TH..., Lucien, 28 ans, épicier, entré le 22 octobre 1932.

D'après son cousin : Bubait depuis l'âge de 15-16 ans. Toujours dans un état d'ivresse, « entre deux verres ». Malade depuis un an. Dysarthrie considérable. Gastrite, pituites matinales et anorexie. Depuis deux mois, présente des crises d'agitation. Gâteux. Insomnie. Cauchemars. Ne travaillait plus depuis 15 jours. N'avait plus la tête à lui, sa femme devait surveiller ses actes. Depuis 5 jours, paralysie des jambes. Ne pouvait plus parler et ne voyait plus clair. Apyrexie, chez lui. Un enfant de 3 ans 1/2 présente des crises convulsives avec cyanose. Mère morte à 44 ans de pleurésie.

Le 23 octobre : Couché sur le dos, tête en hyperextension, sans signes méningés. Strabisme convergent. Amaigrissement sans atrophie musculaire localisé. Réflexes tendineux des membres conservés, vifs. Douleurs à la pression des mollets et plante des pieds. Mouvements carphologiques, attire les draps, tire des fils (ne regarde pas, mouvements automatiques des membres

supérieurs et illusions tactiles). Apyrexie.

Respiration costale supérieure, très ample, très fréquente. Paralytic diaphragmatique. Gémissements plaintifs.

Ex. biologiques : Sang : Azotémie 0.36. Bordet-Wass. et Meinicke négatifs.

L. C. R. : Albumine 0.32. Pandy négatif. Leuco 0. Quelques globules rouges. Benjoin 00000.22222.00000. Parégorique 00-0. Bordet-Wass. et Meinicke négatifs.

Urines : 250 cme. p. 24 h. Albumine 0.264. Acétonurie. Urobilinurie et pigments biliaires.

Le 26 octobre : Etat général très grave. Hyperextension des membres inférieurs, avec souvent attitude de Babinski spontanée. Bas en flexion habituelle. Tête tournée à droite ou à gauche. Pas de signes de localisation. Pupilles en myosis, réagissent bien à la lumière. Déglutition impossible, dès l'entrée s'étrangle, étouffe. Déchéance rapide. Pouls imperceptible. Plaies superficielles à tous les points de frottement.

Décédé le 26 octobre 1932. Température terminale à 39°4.

Autopsie : Cerveau : H. D. : 520 grs. H. G. : 520 grs. Cervelet et bulbe 170 grs. Congestion. Teinte hortensia de la substance grise. Poumon droit : 640 grs. et gauche : 650 grs. Cœur : 280 grs. Foie : 1.950 grs. Rein droit : 150 grs., et gauche : 130 grs. Rate : 130 grs.

Obs. n° 39. — B., Jeanne, 51 ans. Entrée le 3 septembre 1932.

Alcoolique chronique : vin rouge, apéritifs en quantité.

A travaillé jusqu'il y a une semaine, quand apparition de troubles de la marche et leur aggravation, très rapide.

Actuellement : confusion mentale profonde avec désorientation complète. Gâtisme. Paraplégie flasque avec abolition des réflexes tendineux des quatre membres. Douleurs dans les jambes. Dysarthrie. Mouvements automatiques. Rigidité pupillaire. Malade couchée sur le dos de la tête en hyperextension. Gros ventre sans ascite. Foie gros et douloureux à la pression. Paralytic diaphragmatique. Tachycardie 120-130. Dyspnée.

Sang : Azotémie 0.26. Réactions négatives.

L. C. R. : Albumine 0.20. Globulines 0. Leuco 0.4. Benjoin 00000.61100.00000. Grande urobilinurie et sels biliaires.

Décès le 16 septembre. Température terminale, 41°.

Obs. n° 40. — G., Céline, 49 ans. Entrée le 4 août 1931.

Alcoolique chronique : vin, apéritifs, rhum, depuis des années. Début il y a quelques jours par des troubles de la marche avec crampes dans les jambes.

Actuellement : confusion mentale avec désorientation complète et fabulation. Fausses reconnaissances. Sordidité. Onirisme. Paraplégie avec démarche ataxiforme et abolition des réflexes rotuliens. Atteinte diaphragmatique au début. Dyspnée. Tachycardie 130.

Réactions humérales négatives dans le sang et L. C. R.

Décédée le 24 août dans le service du Dr Capgras.

Obs. n° 41. — E..., Alicé, 45 ans, entrée le 26 juin 1931.

Alcoolique chronique : vin, rhum, byrrh, depuis des années.

Début par des troubles de la marche il y a un mois. Confusion mentale. Amnésie totale. Désorientation complète. Fabulation. Fausses reconnaissances. Délire de grosses. Euphorie. Amaigrissement marqué avec amyotrophie. Douleurs à la pression des muscles. Hyperesthésie cutanée. Démarche impossible. Abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs. Réaction de dégénérescence partielle à l'examen électrique. Pupilles réagissent. Température 37°6. Respiration costale supérieure. Tachycardie (Paralysie diaphragmatique au début). Foie gros et douloureux.

Azotémie 0,26. Réactions humérales négatives dans le sang et L. R. C.

Placée à l'asile le 16 juillet. Depuis, pas de changement dans son état.

Obs. N° 42. — CH..., Alice, 50 ans, ouvreuse en jouets, entrée le 12 avril 1932.

Alcoolique chronique. Obnubilation intellectuelle. Etat démentiel. Désorientation. Ne sait où elle est. Ignore la date actuelle, même celle de l'année. Fausses reconnaissances. Tendance à la fabulation. Onirisme. Pyropsie. Subanxiété. Turbulence. Cherche à attraper dans sa chambre des fils et des objets imaginaires. Myalgies. Disparition à peu près complète des réflexes tendineux des membres inférieurs. Démarche incertaine. Mauvais état général. Subictère. Tuberculose pulmonaire probable. Nanisme. Température à 37°.

Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. Azotémie à 0,23.

L. C. R. : Tension 45, albumine 0,22. Pandy et Weichbrodt négatifs. Leuco 0,2, Benjoin 00000, 12200, 00000. Parégorique 0-0. Bordet-Was. et Meinicke négatifs.

Le 17 avril, placement à l'asile. Depuis, pas de changement dans son état.

Obs. n° 43. — M..., Léopold, 43 ans, garçon de café. Entré le 28 décembre 1932.

Alcoolisme professionnel (vin, apéritifs, liqueurs).

Actuellement : confusion avec amnésie antérograde. Désorientation dans le temps et dans l'espace. Fabulation. Emploi du temps fantaisiste. Euphorie. Inconscience de son état. Gâtisme. Turbulence. Paraplégie douloureuse depuis un mois et demi, avec abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs et douleur à la pression des masses musculaires. Abolition des réflexes tendineux du bras droit, avec impotence partielle. Etat général précaire. Temp. à 38°.

Réactions humorales négatives dans le sang et le liquide C. R., Azotémie 0,32. Urobilinurie et sels biliaires.

Le 5 janvier 1933, placé à l'asile.

Obs. n° 44. — G..., Henri, 51 ans, retraité de Métro, entré le 27 avril 1932, avec le certificat d'entrée le suivant :

« ... Atteint d'alcoolisme chronique, état démentiel, orientation très imprécise : ne sait exactement pas où il se trouve, se croit dans le pays de M. Poincaré. Affirme avoir voté récemment à Saint-Denis, Euphorie. Familiarité puérile. Troubles de la mémoire. Inconscience de son état : parle de reprendre son travail au métro (travail qu'il n'a d'ailleurs jamais interrompu). Fabulation pauvre.

Abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Douleurs à la pression des masses musculaires. Excès alcooliques avoués (vin, pernod). Déjà interné pendant trois mois à Villejuif.

Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn, négatifs. Azotémie 0,26.

L. C. R. : Albumine 0,60. Globuline 0. Leuco 1,8. Benjoin 00000.02200.00000. Parégorique 0-0. Bordet-Wassermann, Meinicke négatifs.

Urines : 400 cmc. p. 24 h. Pas d'albumine ni urobiline, mais sels biliaires en abondance.

Le 30 avril, placé à l'asile, son état étant considéré comme incurable.

Obs. n° 45. — L..., François, 42 ans, chauffeur chemin de fer, entré le 8 février 1932.

Alcoolisme chronique (excès alcooliques depuis des années). D'après un voisin : trois à quatre litres de vin rouge par jour, un peu de vin blanc le matin, apéritifs très variés.

Amnésie de fixation : ne reconnaît pas le médecin qu'il voit plusieurs fois par jour. Fabulation : se félicite d'avoir mangé

un bon morceau de veau à midi (régime lacté). Désorientation dans le temps et dans l'espace : ne sait pas dans quel pays il se trouve, il est entre Rennes et Paris, croit être à l'hôpital depuis trois jours (15 jours). Inconscience de son état : rit en disant qu'il ne peut plus marcher.

Atrophie des muscles des mollets qui sont douloureux à la pression. Réflexes rotuliens et achilléens abolis. Tremblement des mains et de la langue. Etat physique précaire. Précinhose. Episode aigu fébrile (39°) depuis une dizaine de jours dans le service. Apyrexie depuis le 21 février. Mydriase.

Sang : Réactions humorales négatives. Azotémie 0,35.

L. C. R. : Tension 29. Albumine 0,25. Globulines 0. Benjoin 00000.02210.00000. Parégorique 0-0. Leuco 0,2. Bordet-Wass. Meinicke négatifs.

Urines : Urobilinurie.

Placé à l'asile le 24 février.

Obs. n° 46. — C..., Joseph-Martin, 53 ans, épicier.

Entré, pour la première fois, dans le service, le 23 décembre 1926, et quitte le service six jours après avec le certificat suivant :

« ... Atteint de confusion mentale avec amnésie rétro-antérograde très prononcée. Désorientation complète dans le temps et dans l'espace : ne sait ni où ni quand il est né, ne peut dire son âge, se trompe grossièrement. Redemande à déjeuner ou à boire, ne se rappelant pas qu'il a déjà pris son repas. Aproxie. Inertie psychique. Conscience relative de ses troubles. Euphorie. Satisfaction d'allure démentielle : il est content, il est très bien. Fabulation par intervalles. Irritabilité de l'humeur. Cris. Colères. Turbulence. Malpropreté.

Tremblement. Quelques troubles dyslaliques. Inégalité pupillaire (D) avec conservation des réflexes iriens. Douleurs à la pression des masses musculaires. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Démarche vacillante et ataxiforme avec élargissement de la base de sustentation.

Sang : Réactions humorales négatives.

L. C. R. : Bordet-Wass. et Meinicke négatifs. Albumine 0,30. Traces de globulines au Pandy. Leucocytes 10. Benjoin : 00000.12222.00000.

Alcoolisme ancien avec phases d'onirisme et agitation nocturne. Psycéose polynévritique de Korsakoff probable.

Deuxième entrée le 8 octobre 1931. Mêmes troubles qu'à la première entrée. Indifférence. Fabulation jour et nuit. Agitation. Maladresse de tous les mouvements. Dysarthrie. Alcoo-

lisme avoué. Buvait du vin et de l'absinthe. Température à 37°2.

Examens biologiques (10-10-31) : Sang : Réactions humo-
rales négatives. Azotémie à 0,26.

L. C. R. : Albumine 0,30. Globulines α . Leuco 1,3 et quel-
ques globules rouges. Benjoin 00000.22221.00000. Bordet-Wass.
et Meinicke négatifs.

Urines : 650 cmc. p. 24 h. Forte urobilinurie et sels bi-
liaires très abondants.

Quitte le service le 12 octobre 1931 dans le même état.

Placé le même jour à l'asile où son état est considéré
comme incurable.

Obs. n° 47. — J., Joseph, 55 ans, chauffeur de taxi, entré
dans le service le 7 juillet 1931.

Deux hospitalisations antérieures : première : 28 août 1922,
la deuxième : 28 novembre 1928 pour des excès alcooliques,
psychose de Korsakoff.

Réactions humorales négatives mais azotémie 0,75, légère
urobilinurie et pigments biliaires (29 novembre 1928).

Troisième entrée le 7 juillet 1931, présentant un Syn-
drome de Korsakoff complet : Confusion mentale. Amnésie
pour les faits récents. Désorientation dans le temps et dans l'es-
pace : se perd dans le dortoir ; dans son lit, se couche la tête
aux pieds. Fabulation. Hostilité. Abolition des réflexes rotuliens
et achilléens. Douleurs à la pression des muscles. Amaigrisse-
ments avec amyotrophie. Dysarthrie spontanée. Tremblement
des extrémités et de la langue. Température autour de 38°.

Sang : Bordet-Wass. et Meinicke négatifs. Azotémie 0,60.
Constante d'Ambard 0,076.

L. C. R. : Tension 30-18. Albumine 0,30. Globulines α .
Leuco 0,5. Parégorique 00-0. Benjoin 00000.02222.20000. Bor-
det-Wass. et Meinicke négatifs.

Urines : 250 cmc. p. 24 h. Pas d'albumine mais urobili-
nurie et pigments biliaires.

Placement à l'asile le 12 juillet 1931. Depuis, sans chan-
gement dans son état.

Obs. n° 48. — J., A.-François, 50 ans, gardien de Musée,
entré le 28 juillet 1931 et sorti après trois jours de séjour avec
le certificat suivant :

« ... Atteint de psychopolynévrite alcoolique. Confusion
mentale avec désorientation. Amnésie pour les faits récents. Ab-

sence d'effort pour apporter une réponse correcte. Fabulation assez peu riche. Fausses reconnaissances par suggestibilité. Alcoolisme ancien : buvait du vin rouge, rhum, Pernod, depuis des années. Démarche incertaine. Abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs. Douleur à la pression plantaire. Mauvais état physique. Tremblement des doigts et de la langue. Crampes dans les jambes. Vomissements. Température à 38°.

Réactions humorales négatives dans le L. C. R. et sang. Azotémie à 0,32. Urobilinurie.

Placé dans un asile, son état, après quatre mois de séjour, est considéré comme incurable.

Obs. n° 49. — J..., Louise, 35 ans. Entrée le 23 septembre 1932.

Ne travaille plus depuis un an environ à cause d'une paraplégie installée progressivement. Entrée à Bichat (service Lermière) avec le diagnostic d'encéphalite épidémique. Puis à la Charité, pendant un mois où ayant Bordet-Wassermann positif dans le sang, on lui fait 16 injections de Novar. Puis retourne à Bichat paraplégique et où on lui fait du salicylate de soude intraveineux. Sortie de Bichat, il y a deux mois, améliorée.

Mais depuis 15 jours, paraplégie. Imprégnation alcoolique de longue durée (un litre de vin avoué, 2 à 3 apéritifs par jour).

Actuellement : polynévrite des membres inférieurs, à forme paraplégique et prédominant sur les extenseurs. Démarche impossible. Pieds tombants en verus equin. Amyotrophie. Réflexes tendineux des membres inférieurs abolis. Babinski en flexion. Hyperesthésie cutanée. Pupilles inégales (D) mais réagissent.

Pas de troubles psychiques, sauf une dysmnésie passagère et très légère consistant plutôt dans un retard d'évocation.

Examens biologiques : L. C. R. : 0,20. Globulines, 0. Leuco, 0. Benjoin, Wassermann et Meinicke, négatifs. Sang : Réactions négatives. Grosse urobilinurie.

Sortie dans le même état, le 4 décembre 1932.

Obs. n° 50. — A..., Marie, 45 ans, entrée le 1^{er} janvier 1933, venant de l'Hôtel-Dieu où elle a été soignée pour une polynévrite alcoolique.

Actuellement, amélioration des troubles polynévritiques, mais confusion avec amnésie totale, désorientation dans le

temps et dans l'espace, fausses reconnaissances. Petite fabulation. Suggestibilité. Euphorie.

Réflexe rotulien très faible à droite, aboli à gauche. Achilléen présent à droite, faible à gauche. Pas de douleurs polynévritiques. Pupilles irrégulières, réaction lente à la lumière et à l'accommodation. Température 37°6.

Sang : Azotémie 0,18. Réactions négatives. L. C. R. : Albumine 0,18. Globulines 0. Leuco 0,4. Benjoin 00000.12220.00000. Réactions négatives.

Le 28 février, placement à l'asile.

Obs. n° 51. — C..., Alexandre, 40 ans, entré le 7 mars 1933.

Alcoolique chronique. D'après sa femme : buvait deux litres d'eau-de-vie et un litre de Pernod chaque semaine, plus vin rouge et blanc et de la bière.

Début : par des troubles de la marche, il y a deux mois (janvier) et depuis, il est alité.

Actuellement : Confusion mentale, fabulation, fausses reconnaissances, suggestibilité, violence par intervalle. Gâtisme urinaire. Réflexes rotuliens abolis. Amyotrophie. Démarche incertaine. Tremblement généralisé. Inégalité pupillaire (G). Température à 37°.

Azotémie 0,26. Bordet-Wass. et Meinicke négatifs, dans le sang.

L. C. R. Albumine 0,20. Leuco 0,4. Benjoin 00000.12211.00000. Bordet-Wass. et Meinicke négatifs.

Urobilinurie et acétonurie.

Placement à l'asile, le 11 mars 1933, depuis pas de changement dans son état.

Obs. n° 52. — G..., Jean-Baptiste, 36 ans, entré le 9 février 1933.

Alcoolisme chronique (vin, rhum, byrrh).

Début par des troubles de la marche il y a trois mois, depuis aggravation progressive.

Actuellement : Subconfusion avec amnésie antérograde. Fausses reconnaissances par suggestibilité. Désorientation complète. Euphorie. Cauchemars.

Diminution du réflexe rotulien droit. Abolition apparente des achilléens. Dysarthrie. Tremblement généralisé. Crampes dans les jambes. Pituites matinales. Etat nauséeux. Pupilles irrégulières, inégales, mais réagissent. Température 37°.

Sang : Azotémie 0,35. Réactions négatives.

L. C. R. : Albumine 0,20. Globulines 0. Leuco 1,2. Benjoin 00000.02210.00000. Bordet-Wass., et Meinicke négatifs.

Urobilinurie et sels biliaires.

Placement à l'asile le 11 février 1933. Depuis, installation d'un état démentiel, mais amélioration des troubles polynévritiques.

Obs. n° 53. — P..., Irène, 25 ans.

Internée pour la première fois le 28 septembre 1931.

A eu une attaque d'épilepsie à 17 ans, une en 1929, deux en 1930, une au mois d'août de cette année (1931) et trois dimanche, le 25 octobre 1931. N'était pas traitée au gardénal. Syphilis acquise en mars 1930. Insuffisamment traitée au début. Accidents cutanés secondaires en juin, juillet 1930. Appoint alcoolique : un litre et demi de vin rouge par jour depuis des années (d'après le mari). Deux enfants bien portants (garçon 5 ans, fille 4 ans). Père alcoolique et tuberculeux pulmonaire. Mère morte de Syndrome de Korsakoff à Henri-Roussel 1929.

Examens biologiques, le 31 octobre 1931 : Sang : Réactions humorales négatives. Azotémie 0,24.

L. C. R. : Tension 60. Albumine 0,28. Pandy et Weichbrodt négatifs. Benjoin 00000.22220.00000. Parégorique 00-0. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Urines : 1.200 cmc. par 24 h. Pas d'albumine, pas de sels biliaires, mais urobilinurie. Sortie le 14 novembre 1932, dans le même état

Deuxième entrée le 14 décembre 1931.

Reprise d'excès alcoolique (1 litre de vin rouge). Cauchemars. Crises hallucinatoires. Anxiété. Amnésie antérograde en ce qui concerne les événements et les faits des quatre derniers jours. Hyperthermie (38°).

Réactions humorales (le 16 décembre 1932) dans le sang et L. C. R. négatives. Azotémie 0,23.

Urines : 250 cmc. p. 24 h. Pas d'albumine ni sels biliaires, mais urobilinurie.

Sortie le 22 décembre 1931 dans le même état.

Troisième entrée le 21 mars 1932.

Renseignements fournis par son mari : depuis trois jours, vomissements, épistaxis. Deux crises épileptiformes il y a deux jours. Depuis hier soir est constamment en communication téléphonique avec quelqu'un, ou fait du cinéma dans sa maison. Le soleil lui envoie le courant électrique. Désorientée dans le temps et dans l'espace. Onirisme. Confusion.

Sortie le 23 mars 1932, avec le certificat suivant :

« ... Atteinte d'alcoolisme chronique. Confusion mentale actuelle, désorientée dans le temps et dans l'espace : se trouve ici 32, rue de Valois, est dans le service depuis 5 jours. Illusions de reconnaissances : reconnaît le médecin dont elle a fait la connaissance depuis des années. Turbulence. Insomnie. Tendance aux violences. Crise épileptique à l'entrée. Tremblement. Négation systématique des excès alcooliques. Héritéité similaire (mère morte de psychose de Korsakoff dans le service). Examens humoraux normaux (sang, L. C. R.).

Le même jour (23 mars), placement à l'asile. Depuis, pas de changement dans son état mental.

Obs. n° 54. — A..., Jules, 48 ans, magasinier, entré dans le service le 5 décembre 1931, venant de l'hôpital Necker.

Reconnaît boire deux litres de vin rouge depuis des années.

Confusion mentale. Désorientation dans le temps et dans l'espace : se croit mobilisé dans une école, arrivé depuis le matin. Parle d'une guerre en cours avec les Russes. Suggestibilité. Fausses reconnaissances. Fabulation. Emplois fantaisistes de son temps : promenade à la fête hier, menus variés. Amnésie de fixation. Euphorie. Onirisme vespéral. Zoopsies (rats). Turbulence légère. Amaigrissement. Abolition des réflexes achilléens et rotuliens. Léger tremblement des mains. Atrophie musculaire avec douleur à la pression. Température à 37°6.

Sang : Réactions humoraux négatives.

L. C. R. : Tension 50. Albumine 0,50. Pandy » ; Weichbrodt 0. Leuco 0,4. Benjoin 00000.22222.22000. Parégorique 1-2. Bordet-Wass. et Meinicke négatifs.

Placement à l'asile le 15 décembre 1931.

Obs. n° 55. — C..., Angéline, 60 ans, entrée le 21 octobre 1931.

Etat démentiel avec amnésie antérorétrograde. Désorientation complète. Fausses reconnaissances. Suggestibilité. Fabulation pauvre. Incapacité complète à travailler et à se conduire. Sordidité. Cauchemars. Zoopsies. Tremblement de la langue et des mains. Idées hypocondriques. Ne cesse de pleurer et de gémir pendant l'examen.

Faiblesse des jambes, démarche incertaine. Abolition des réflexes rotuliens. Début de cataracte à gauche. Amaigrissement cachectique, avec atrophie musculaire et douleurs à la pression.

Excès alcooliques importants (vin rouge, rhum) depuis des années.

Le début des troubles remonte à un an, par des troubles de la marche, aggravation rapide surtout depuis deux mois.

Sang : Azotémie 0,61. Bordet-Wass. et Kahn négatifs. Meinicke partiellement positif

L. C. R. : Albumine 0,25. Leuco 0,4. Globulines 0. Benjoin 00000.22221.00000. Bordet-Wass. et Meinicke négatifs.

Placement à l'asile le 23 octobre 1931 avec état mental démentiel, mais pas de modification des troubles polynévritiques.

Obs. n° 56. — J... Nélide, 53 ans, entrée le 12 septembre 1932.

Alcoolisme chronique remontant à plusieurs années (vin rouge, apéritifs). Début des troubles il y a deux mois, par des douleurs dans les jambes avec troubles de la marche.

A l'entrée : affaiblissement intellectuel considérable. Confusion mentale avec propos incohérents, désorientation complète dans le temps et dans l'espace. Fabulation. Fausses reconnaissances.

Amyotrophie considérable des muscles des mollets et des cuisses avec douleurs à la pression et abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs et des réflexes abdominaux. Pupilles paresseuses. Tremblement des mains et de la langue.

Hallucinations auditives et visuelles. Etat anxieux avec idées de persécution.

Foie gros avec météorisme abdominal. Température autour de 37°.

Sang : Azotémie 0,22. Réactions négatives.

L. C. R. : Albumine 0,30. Globulines 0. Leuco 0,8. Benjoin, Bordet-Wass. et Meinicke négatifs. Urobilinurie légère.

Sortie le 16 septembre 1932, dans le même état.

Obs. n° 57. — G..., Antoinette, 62 ans, entrée le 2 juillet 1932.

Alcoolique chronique : buvait du champagne, du Bordeaux, apéritifs.

Depuis longtemps : vomissements le matin à jeun, diarrhée, gastralgies,

Marche impossible depuis trois semaines survenant très rapidement, suivie de troubles psychiques : confusion, désorientation complète, fabulation, fausses reconnaissances et aggra-

vation rapide de l'état général avec amaigrissement. Agitation depuis deux-trois jours.

Paraplégie avec abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs, amyotrophie, avec douleur à la pression, œdème dur de la jambe droite. Température à 37°.

Azotémie 0,22. Réactions humérales négatives dans le sang et L. C. R.

Sortie le 3 juillet 1932 dans le même état.

Obs. n° 58. — L..., Jeanne, 37 ans, entrée le 30 août 1932.

Hérédité alcoolique; elle-même alcoolique invétérée (vin blanc, 2 litres environ par jour).

Début des troubles remonte à deux ans. Mais depuis deux semaines, aggravation très rapide.

Insomnie. Turbulence. Hallucinations auditives et visuelles. Pituites matinales. Amaigrissement considérable. Etat général très précaire. Apyrexie.

Confusion mentale avec amnésie totale, propos incohérents. Désorientation complète. Tremblement de la langue et des doigts. Paraplégie avec conservation des réflexes rotuliens. Mouvements ataxiques des membres supérieurs. Rétention d'urine. Début de paralysie diaphragmatique.

Réactions humérales négatives dans le sang et L. C. R.

Placement à l'asile le 2 septembre 1932.

Obs. n° 59. — E..., Alice, 45 ans, entrée le 26 juin 1931.

Alcoolique chronique (vin, rhum, byrrh). Début par des troubles de la marche il y a un mois.

Confusion mentale. Amnésie totale. Désorientation. Fabulation. Illusions de reconnaissance. Délire de grossesse, « accouché d'une fille, rue des Martyrs ». Euphorie. Amaigrissement marqué avec amyotrophie. Douleurs à la pression des muscles. Hyperesthésie cutanée. Démarche impossible. Abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs. Réactions de dégénérescence partielle à l'examen électrique. Pupilles réagissent. Température 37°6. Respiration costale supérieure. Tachycardie 120. (Paralysie diaphragmatique au début). Foie gros.

Azotémie 0,26. Réactions humérales négatives dans le sang et L. C. R.

Le 16 juillet 1931, pas de changement dans son état. Placement volontaire à l'asile.

Obs. N° 60. — CH... Marie, 58 ans, entrée le 1^{er} août 1932.

Alcoolique chronique. Buvait depuis des années surtout du vin rouge et apéritifs.

Début par des troubles de la marche.

A l'entrée présente un syndrome de Korsakoff au complet : amnésie antérograde. Désorientation. Fausses reconnaissances. Fabulations, emplois du temps fantaisistes. Amaigrissement. Paraplégie avec abolition des réflexes rotuliens. Amyotrophie et douleurs à la pression des muscles. Gâtisme. Délire de grosse : se dit enceinte de cinq mois, son enfant « remue comme un diable », d'autres fois prétend accoucher « demain et cela fera le quatrième ». Température à 38°.

L. C. R. : Albumine 0,40. Globulines 0. Benjoin 00000.02220.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Sang : Bordet-Wass. et Meinicke : positifs, Azotémie à 0,32. Placement à l'asile, le 28 août 1931,

Obs. N 61. — BR... Marie-Josèphe, entrée le 12 mai 1932.

Alcoolique chronique ; buvait du vin rouge et blanc depuis des années, jusqu'à un litre 1/2, chaque jour : en plus des apéritifs. Début des troubles il y a trois semaines par impossibilité de la marche.

A l'entrée : confusion mentale avec amnésie totale. Désorientée dans le temps et dans l'espace. Fausses reconnaissances. Fabulation. Irritabilité et turbulence.

Abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs. Douleurs à pression des masses musculaires et du tronc nerveux. Tremblement généralisé. Amaigrissement cachectique. Station debout impossible. Température à 37°4.

Réactions humérales négatives dans le sang et L. C. R. Azotémie à 1 gr. 24.

Le 18 mai, aucune amélioration dans son état ; placement dans l'asile.

Le 5 mai 1933, son état est considéré comme incurable. En plus, modification des troubles psychiques avec état démentiel consécutif.

Obs. N° 62. — R... Anne, 64 ans, entrée le 27 novembre 1931.

Alcoolisme professionnel ; buvait du vin rouge et des apéritifs. Début des troubles il y a quelques semaines, par difficulté de la marche et douleurs dans les jambes.

A l'entrée : amnésie antérograde ; fabulation ; fausses recon-

naissances ; désorientation dans le temps et dans l'espace ; suggestibilité ; inconscience de son état.

Difficulté de la marche avec abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs ; paresthésie et douleur à la pression des muscles et des troncs nerveux. Atrophie musculaire. Signes objectifs de cirrhose hépatique. Température à 36°8.

Réactions négatives dans le sang et L. C. R. Dans les urines : urobiline et sels biliaires en abondance.

Le 30 novembre 1931, placement à l'asile. Depuis, pas de changement dans son état.

Obs. N° 63. — D... Jules, 55 ans, entré le 24-5-1931.

Alcoolique chronique ; buvait du vin, des apéritifs et des liqueurs. Ne peut plus marcher depuis trois semaines.

A l'entrée : confusion mentale avec désorientation complète ; fabulation, fausses reconnaissances. Turbulence. Abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs. Douleur à la pression des muscles. Amyotrophie. Strabisme.

Sang : réactions humérales négatives. Azotémie à 0,44.

L. C. R. : Tension 35-28. Albumine 0,35. Globulines 0. Leuco 0,2. Nombreux globules rouges. Benjoin colloïdal 00000.02200.00000. Bordet-Wassermann négatif.

Urines : urobiline et sels biliaires en très grande abondance.

Placé à l'asile le 30-5-31. Depuis, pas de changement dans son état.

Obs. N° 64. — V... Alice, 42 ans, entrée le 27 novembre 1931.

Alcoolique chronique ; buvait surtout du vin rouge. Début par des troubles de la marche, il y a un mois.

A l'entrée : confusion avec amnésie totale, désorientation : se dit à Broussais depuis plus d'un mois. Illusions. Irritabilité. Suggestibilité. Ebauche de fabulation. Récrimination. Impotence fonctionnelle complète des membres inférieurs. Amyotrophie et douleurs à la pression. Abolition des réflexes tendineux. Amaigrissement généralisé. Tremblement. Gâtisme urinaire fécal. Température autour de 37°.

Réactions humérales négatives dans le sang et L. C. R. Azotémie à 0,18.

Placée à l'asile le 13 décembre 1931. Ses troubles considérés comme passés à l'état chronique.

Obs. N° 65. — L... Germaine, 52 ans, entrée le 1^{er} septembre 1932.

Ethylique chronique (avoué). Début par céphalée, insomnie, cauchemars, changement du caractère. Soignée à Broussais, il y a 7 ans, pour une hémiplegie gauche avec aphasie.

A l'entrée : amnésie antérograde avec désorientation dans le temps et dans l'espace. Euphorie. Satisfaction d'elle-même. Fabulation. Puérilité. Tendance pathomimique, boîte « pour vous rappeler que j'ai été hémiplegique ». Coléreuse. Température autour de 37°8.

A l'examen neurologique : pas de traces d'hémiplegie, ni d'aphasie.

Réactions humores négatives dans le sang et L. C. R. Azotémie à 0,26.

Placée à l'asile 7 septembre 1932. Depuis pas de changement dans son état.

Obs. N° 66. — D... Germaine, 44 ans, entrée le 23 août 1932.

Excès alcooliques avoués. Ne travaille plus depuis 3 ans. Aggravation rapide depuis 3 ou 4 jours.

A l'entrée : confusion mentale avec amnésie totale, désorientation dans le temps et dans l'espace. Fabulation. Fausses reconnaissances. Suggestibilité. Turbulence. Alternatives de pleurs et de rires. Paraplégie avec abolition des réflexes rotuliens et douleur à la pression des masses musculaires. Pupilles normales, réagissant à la lumière. Amaigrissement. Température autour de 37°.

Réactions humores négatives dans le sang et L. C. R.

Sortie, dans le même état, le 28 août 1932.

Obs. N° 67. — J... Marguerite, 33 ans, entrée le 26 août 1932, venant de l'hôpital Necker avec le diagnostic : « Troubles polynévritiques d'origine alcooliques ».

A l'entrée : paraplégie avec abolition de réflexes tendineux des membres inférieurs. Douleurs à la pression des masses musculaires. Amnésie antérograde. Pas de fabulation. Illusions et fausses reconnaissances. Réactions négatives dans le sang et L. C. R. Température 38°.

Sortie le 28-8-32, dans le même état.

Obs. N° 68. — M... Vincent-Paul, 58 ans, entré le 31 janvier 1933.

Ethylisme chronique avoué. Buvait jusqu'à trois litres de vin rouge par jour ; plus des apéritifs divers. Début par des troubles mentaux depuis 3 mois : sobriété, onirisme nocturne. Agitation.

A l'entrée : amnésie totale avec désorientation. Fabulation. Fausses reconnaissances. Désintérêt. Inactivité. Hallucinations auditives. Idées de persécution. Graphorée délirante. Abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs. Douleurs musculaires. Température à 37°.

Réactions humorales négatives dans le sang et L. C. R.

Placé à l'asile le 3 février 1933.

Examiné par nous le 15 mai 1933, il présentait un état mental à type de démence présénile. Pas de changement dans les troubles neurologiques

Obs. N° 69. — Mme L... Aline, 41 ans, entrée à l'hôpital Henri-Roussel le 2 mars 1930.

Père mort à 70 ans, mère à 80 ans passés, étaient bien portants. Elle-même a eu de deux mariages 4 enfants normaux. Elle boirait depuis quelques années, en cachette des siens, surtout du vin. Hémorragies utérines récentes prolongées pendant plus d'un mois.

Les troubles mentaux ont commencé quelques jours à peine avant l'entrée. Dépression non motivée, tristesse ; craintes, on va la piquer, la brûler. Agitation anxieuse intense quelques heures avant l'admission. Propos incohérents avec périodes de mutisme et d'opposition. Pas de fièvre.

Même état le lendemain.

Confusion mentale avec agitation anxieuse et propos mélancoliques. Désorientation, ralentissement des processus, ne sait où elle est, s'en inquiète, appelle au secours. Idées d'auto-accusation, de culpabilité, réclame un châtiment ; qu'on la jette dans la fosse aux lions. Onirisme terrifiant, voit des brigands, hurlements de terreur.

Tremblement, fibrillations des petits muscles faciaux. Réflexes tendineux très exagérés, pupilles irrégulières, réactions lumineuses normales. Température 38° qui dépasse 39° le 4 mars.

5 mars. Etat grave. La température atteint 41° le matin, mais baisse à 39°6 le soir.

La confusion et l'onirisme sont au premier plan. Désorien-

tation dans le temps, dans l'espace, hallucinations visuelles, illusions et interprétations, donne des ordres comme à des employés invisibles, appelle, réclame du vin, frayer d'abord qu'on approche de son lit, raconte qu'on lui a coupé la langue, qu'on veut l'empoisonner (refus des aliments). Tout bruit annonce le supplice qu'on lui prépare.

Agitation très violente, lutte, essaie de fuir. Réflexes tendineux exagérés, égaux, sans clonus. Tremblement marqué. Nasonnement. Pouls très rapide et mal frappé. Sueurs.

Apyrexie à partir du 7. Les jours suivants l'alimentation est plus facile mais l'état reste très grave jusqu'au 9 mars. Insomnie presque complète. Quelques heures de somnolence le jour ou la nuit.

L'azotémie normale à l'entrée 0,33 le 3 mars monte rapidement à 1,13 le 5, 2,82 le 7 et 3 gr. 24 le 10.

A partir du 9 mars une détente apparaît, l'agitation anxieuse diminue, le sommeil est meilleur.

L'amélioration continue et, le 14, on trouve la malade seulement encore un peu confuse mais calme, lucide, ayant oublié d'ailleurs en grande partie toute la semaine précédente. L'azotémie s'abaisse à 2,01 le 12, 1,10 le 14 et 0,42 le 17.

La malade convalescente est placée dans un service de malades calmes. Il ne persiste comme troubles que de petits picotements à la plante des pieds lors de la marche. D'autre part, la température continue à osciller entre 37°4 et 38°. L'examen oculaire (D^r Potiquet) montre une légère névrite optique bilatérale.

La malade s'occupe à divers travaux, va et vient sans difficulté, une sortie prochaine est envisagée. Mais autour du 20 la fièvre monte sans cause apparente et dépasse 39°. Vers le 27 mars, soit après un intervalle de près de 15 jours, d'autres troubles apparaissent : d'abord des phénomènes paraplégiques, impotence des membres inférieurs, avec atrophie, abolition des réflexes tendineux et douleurs à la pression. Puis vers le 30 les symptômes confusionnels reparaissent. Ne sait où et quand elle est, onirisme. Voit des bêtes dans son lit, des petits poussins qu'elle caresse, elle ramasse ses couvertures, tire des fils. Gâtisme urinaire et fécal. Escarre sacrée rapide. La température est autour de 38°5 du 24 au 27 mars, puis apyrexie les 28-29-30.

L'état s'aggrave progressivement, la fièvre reste aux environs de 38°. Elle n'est pas modifiée par une parotidite droite qui est incisée le 28 avril. L'escarre s'étend et devient profonde. La malade n'en manifeste pas de douleurs. La paraplégie reste complète mais la pression des mollets ne provoque plus de réactions douloureuses. La confusion est de plus en plus

profonde. La malade est euphorique, ne s'inquiète de rien, essaie toujours de parler, raconte des promenades récentes, converse avec un enfant qu'elle voit à côté d'elle dans son lit. Le nasonnement a augmenté, on constate au début d'avril la paralysie du diaphragme, puis des membres inférieurs, enfin apparaissent des troubles cardiaques (tachycardie incompressible) et respiratoires (dyspnée avec tachypnée régulière).

La température s'élève à partir du 12 mai. Décès le 14. Température terminale 40°7. L'azotémie n'a pas été mesurée vers la fin. Elle resta normale (0,40) à plusieurs dosages peu après le début de la paraplégie. Deux ponctions lombaires donnèrent des résultats normaux (4.3 et 31.3), albumine 0,25, globulines 0, leucocytes 3 et 2, Benjoin 00000.22220.00000. B.-W. et Meinicke négatifs, tension 50-30 (4.3).

B.-W. et Meinicke négatifs.

Urines normales mais chargées d'urobiline (24.3).

Ex. hématologiques (Mlle Salamon). — Gl. rouges 3 millions 460.000, gl. bl. 11.600, dont 14 lympho, 6 moyens mono, 8 grands, 60 polynéutrophiles, éosinophilie : 12, hémoglobine 57, valeur globulaire 0,83 (27.3). Le 7 mai, à un nouvel examen, l'anémie a augmenté : glob. rouges 2.750.000, glob. blancs 15.000 dont 12 lympho, 5 moyens mono, 5 grands, 77 polynéutro, l'éosinophilie a disparu : 1, hémoglobine 48, valeur globulaire 0,87. Anisocytose très prononcée.

CHAPITRE IV

SYNDROME BIOLOGIQUE

Il est intéressant de suivre dans les cas rapides, les variations du taux de l'urée sanguine. On sait, en effet, que dans les cas de troubles mentaux aigus, il existe une azotémie de taux variables (Targowla, Courtois).

Nous rapportons donc les résultats obtenus par M. le Dr Courtois, dans 33 cas de psychose de Korsakoff, dont 31 figurent parmi nos observations et dont la durée de l'évolution n'a pas dépassé 20 jours après l'entrée dans le service.

Donc : dans 15 cas, l'azotémie est au-dessous de 0 gr. 50 (0,18, 0,25, 0,27, 2,29, 0,30, 0,31, 0,32, 0,33, 0,36, 0,36, 0,37, 0,38; 0,42, 0,45, 0,49) et la durée de l'évolution respectivement 12, 9, 5, 15, 20, 7, 7, 13, 4, 5, 6, 7, 7, 8 et 5 jours.

Dans 12 cas, l'azotémie est entre 0 gr. 50 et 1 gr. (0,52, 0,61, 0,63, 0,65, 0,65, 0,70, 0,71, 0,73; 0,78, 0,81, 0,84, 0,97) et la durée de l'évolution : 13, 13, 10, 17, 15, 3, 11, 5, 3, 11, 16 et 6 jours.

Dans 4 cas, elle est entre 1 gramme et 2 grammes (1,07, 1,53, 1,62, 1,95) et la durée de l'évolution : 4, 26, 11 et 8 jours.

Enfin, dans deux cas, elle est au-dessus de 2 grammes (2,25 et 4,40) et la durée de l'évolution : 3 et 6 jours.

Le rein paraît ne jouer qu'un rôle secondaire dans l'apparition de cette azotémie et il semble que ce soit à une atteinte nerveuse, ainsi que l'admettent en particulier MM. E. Toulouse et A. Courtois, qu'il faille rattacher cette azotémie. Ces auteurs pensent qu'elle est la conséquence d'une destruction tissulaire considérable, elle-même en rapport avec des lésions du centre trophique nerveux d'une part, d'autre part d'une sidération des centres nerveux végétatifs qui présideraient à l'activité fonctionnelle des organes d'élimination.

Or, ces deux conditions se trouvent réalisées dans la psychose de Korsakoff d'évolution aiguë. La sidération cérébrale manifestée par la confusion mentale ou la stupeur, la destruction des cellules de la moelle est extériorisée par la paraplégie d'évolution rapide et vérifiée par l'examen histologique. Dans certains cas de choix d'évolution ni trop rapide (où l'accumulation azotée n'a pas le temps d'apparaître), ni trop lente (où l'élimination peut se faire presque à mesure), on observe en effet une azotémie atteignant souvent 4 grammes pour cent et même davantage (obs. 24 : 4 gr. 40).

Il est curieux d'évaluer l'importance respective de ces deux facteurs. Ainsi, dans un cas (obs. 35) où la paralyse d'évolution rapide et ascendante ne s'accompagne que d'un minimum de troubles mentaux,

la malade restant présente, assistant en pleine lucidité à sa mort par asphyxie, l'azotémie, — malgré l'importance des symptômes et des lésions bulbaires, — ne s'élève pas et le taux de l'urée du L. C. R. est de 0 gr. 25 au moment du décès. Au contraire (obs. 34), dans un cas où l'évolution fut sensiblement aussi rapide, mais avec des troubles confusionnels très accusés, l'azotémie atteint 1 gr. 95.

Il semble donc, du moins d'après ces seuls cas qui s'offrent comme une expérience de laboratoire, que le facteur destruction cellulaire par lésion nerveuse soit moins important que la sidération générale du cerveau qui commande à l'ensemble du métabolisme azoté et d'abord à l'activité des organes d'élimination. D'autre part, on connaît les cachexies d'origine tubérienne et il est possible qu'il existe à la base du cerveau une région qui règle la trophicité générale et commande pour une part aux centres inférieurs.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de ces hypothèses, le fait mérite d'être retenu, que dans les formes les plus rapides de la psychose de Korsakoff aiguë, on trouve une azotémie terminale qui, dans quelques cas, dépasse 4 grammes, alors que le rein est indemne de lésions aiguës ou chroniques de néphrite.

En ce qui concerne les variations de taux des autres corps, qu'on pourrait trouver dans le sang au cours du syndrome de Korsakoff alcoolique, nous n'en avons que des résultats incomplets, leur recherche n'étant effectuée que dans 7 cas : la glycémie

varie entre 0,97 et 1,03 pour 1.000 ; la cholestérimie entre 1,37 et 2,05 ; les pigments biliaires entre 1/15.000 et 1/40.000 ; les chlorures du sérum entre 3,85 et 3,99 pour 1.000, enfin, les chlorures totales entre 3 gr. 38 et 3 gr. 85.

Le liquide céphalo-rachidien est toujours normal. Pas d'hypertension, ni albuminose, ni lymphocytose. Bordet-Wassermann toujours négatif. Parfois, cependant, on constate quelques modifications (globules rouges, etc...), toujours en rapport avec un épanchement sanguin ou des lésions hémorragiques

Quant aux urines, elles présentent, dans 16 de nos cas, des grosses modifications, toujours en rapport avec l'atteinte hépatique diagnostiquée à l'autopsie : urobiline, sels biliaires et acétone en très grandes quantités, très rarement de l'albuminurie, d'ailleurs très légère.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif du Syndrome de Korsakoff est assez facile, du fait de la particularité de sa symptomatologie.

Parfois, cependant, la symptomatologie du syndrome peut être fruste, soit en ce qui concerne les troubles psychiques, soit du côté des signes névritiques. Dans ce dernier cas, les signes psychiques étant habituellement assez marqués, le diagnostic différentiel est d'une réelle difficulté. }

Il est à faire, tout d'abord et au début surtout, avec la confusion mentale primitive, l'onirisme et les délires hallucinatoires aigus ou subaigus (qui, d'ailleurs, font souvent partie de la symptomatologie de la psychopolynévrte), — mais l'amnésie de fixation, la fabulation, les parognosies et l'euphobie (signes fondamentaux du syndrome de Korsakoff) permettront facilement le diagnostic.

Plus tard, le diagnostic entre le Syndrome de Korsakoff et la *paralyse générale* est un des plus importants et des plus difficiles, d'autant plus que, cette dernière, peut à elle seule, déterminer l'appar-

rition des troubles mentaux caractéristiques de la psychopolynévrite alcoolique ou coexister avec elle, et que dans les deux cas il y a abolition des réflexes tendineux. Cependant, par une anamnèse et un examen clinique approfondis, le syndrome sera facilement rattaché à sa cause réelle. L'examen du I. C. R. d'ailleurs, tranchera définitivement le diagnostic, en montrant dans la Paralyse générale une lymphocytose caractéristique et une Bordet-Wassermann positive.

Le diagnostic est encore à faire avec la *démence sénile*, mais dans celle-ci l'amnésie de fixation est plus complète et l'amnésie rétrograde y est habituelle et plus étendue que dans certains cas de Syndrome de Korsakoff où cette dernière s'ajoute à l'amnésie antérograde. La fabulation et les fausses reconnaissances sont plus développées dans la Paralyse générale, enfin, les troubles du jugement et du raisonnement y sont plus profonds et les complications délirantes, hallucinatoires et confusionnelles, y sont généralement défaut. D'ailleurs, il faut tenir compte que l'évolution ultérieure du Syndrome de Korsakoff peut se faire vers la *démence sénile* ou vers la *démence précoce* (cas de M. le Dr Marchand, obs. n° 18), les troubles névritiques restant plus ou moins accentués ou disparaissant complètement (comme dans le même cas).

En ce qui concerne les cas à prédominance des troubles névritiques et à évolution rapide, ascendante et grave, le diagnostic est à faire avec :

1° *La Polyomyélite antérieure aiguë*, car dans les deux maladies le début est très rapide, fébrile, la paralysie rapidement généralisée. Mais, dans la polyomyélite, la paralysie atteint de préférence la racine des membres et son début est plus brutal ; d'ailleurs, les signes propres de la psychopolynévrite et son évolution ultérieure, trancheront rapidement le diagnostic.

2° Le diagnostic différentiel est beaucoup plus difficile avec la *paralysie ascendante de Landry*. Ici encore, la coexistence fréquente des troubles mentaux graves et des signes neurologiques spéciaux, dans la psychopolynévrite, et le début brutal et l'absence d'atrophie musculaire dans le syndrome de Landry, faciliteront le diagnostic.

3° Enfin, le début dans certains cas de psychopolynévrite à prédominance sensitive peut en imposer pour un tabes, mais l'évolution ultérieure et les signes propres des deux maladies, ne nous y arrêteront pas pour longtemps.

Quant au *diagnostic étiologique*, il sera facilité, tout d'abord, par un examen approfondi de l'anamnèse et par la coexistence fréquente d'autres signes, spéciaux à chaque facteur étiologique déterminant, puis, par la notion de la rareté du Syndrome de Korsakoff d'une autre origine qu'alcoolique. En fait, sur 70 cas que nous rapportons dans notre thèse, nous n'en avons trouvé qu'un seul dont

l'origine ne soit pas alcoolique mais l'autointoxication gravidique.

Malgré que notre étude se résume aux seuls cas d'origine alcoolique, nous tenons à résumer ici, l'observation de ce cas, due à MM. les Docteurs Dupouy et Courtois :

Obs. N° 70 (Dupouy et Courtois, résumée). — Mme M... Marguerite, primipare de 39 ans, entrée dans le service le 18 avril 1929.

Elle n'a présenté avant la grossesse aucun trouble mental. Pas d'excès alcooliques. Il y a trois ans, pour calmer les douleurs d'un prurit vaginal et anal violent on pratiqua pendant quelques semaines une injection quotidienne ou bi-quotidienne de 0,01 de morphine, puis à la suite d'une réaction de Desmoulières partiellement positive un traitement arsénical et bismuthique fut institué que suivit la disparition du prurit.

A l'entrée la malade était enceinte de 7 mois ; les premières semaines de la grossesse s'étaient bien passées, mais le prurit reparut vers le 4^e mois et fut encore traité par la morphine et le pantopon (0,01 à 0,02 cgrs par jour). En février (5^e mois), survinrent des vomissements, qui prirent bientôt le caractère de vomissements incoercibles et ne cessèrent que trois semaines environ avant l'entrée, après l'essai du goutte à goutte rectal.

Au début de mars (6^e mois) en raison d'envies fréquentes d'uriner, on parle de cystite et de pyélonéphrite.

Depuis le début de sa grossesse, la malade subit en outre un traitement antisypilitique (Quinby).

Le mari ne peut préciser la date d'apparition des troubles mentaux, ils sont venus progressivement et c'est récemment que l'entourage s'est aperçu que la femme perdait la mémoire. En outre elle a maigri notablement et est devenue incapable de se tenir debout depuis une quinzaine de jours.

En effet, elle a maigri de 25-26 kilos depuis le début de la grossesse et jusqu'à l'entrée. A l'examen on est frappé de l'atrophie considérable des quatre membres, l'atrophie portant plus sur le segment distal et plus sur le groupe des extenseurs, tant à la jambe qu'à l'avant-bras. La force musculaire des quatre membres est presque nulle. Les muscles abdominaux

paraissent également atteints, la malade étant incapable de s'asseoir sur son lit. A la face même on note une atrophie des muscles masticateurs, masseters et temporaux mais sans troubles notables de la mastication ; pas de troubles de la déglutition ni de la phonation.

Le cœur paraît touché, le pouls est instable aux environs de 90, la tension est à 13-6 (Pachon), l'indice oscillométrique faible : 1 à 1,5.

La malade est constamment gémissante, jamais satisfaite des soins qu'on lui donne ; elle est puérile.

Sa mémoire est très déficiente, présente une amnésie antérograde, mais la malade ne s'inquiète nullement des trous qu'elle constate dans sa mémoire. Elle est suggestible. Elle fabule et est satisfaite d'elle-même. Elle est désorientée dans le temps et dans l'espace.

Les réflexes tendineux des membres sont tous abolis, aussi bien aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Les troubles sensilif-subjectifs existent : douleurs spontanées, surtout au début, et encore facilement provoquées par la pression des muscles et des nerfs.

Les troubles de la sensibilité superficielle et profonde sont manifestes, mais difficiles à détailler avec précision, en raison de l'état mental et des réponses, parfois contradictoires, de la malade. Les plus importants et les plus certains sont les troubles de la localisation des sensations tactiles (indique la jambe droite quand on touche la gauche) et de la notion de position des jambes.

Pas de troubles auditifs ; les pupilles sont égales et les réflexes à la lumière existent.

Comme troubles vaso-moteurs, signalons la sudation facile de la paume des mains ; comme troubles trophiques, à côté de l'atrophie musculaire, une sécheresse de la peau qui, surtout aux membres, est écailleuse.

Enfin, il existe de la constipation et du côté de la vessie, des envies fréquentes d'uriner, souvent infructueuses, quelquefois même parésie vésicale avec rétention partielle.

Les urines sont très chargées d'urobiline et de sels biliaires, légèrement albumineuses 0,28 %.

L'azotémie est anormalement basse, à 0,09 %. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs dans le sang.

La malade, dont l'avortement n'a pu être pratiqué, présente à nouveau aux premiers jours de mai des vomissements noirâtres que rien ne calme, accompagnés de T° à 38°-38°5. Elle meurt le 4 mai, trois jours après la reprise des vomissements.

CHAPITRE VI

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Comme contribution à ce chapitre important de la psychopolynévrite alcoolique, nous nous contenterons d'analyser nos 69 observations en essayant de mettre en évidence les faits qui nous paraîtront les plus importants.

Tout d'abord, une notion nous paraît évidente: la grande proportion des cas mortels, puisque sur 69 cas, nous constatons 34 cas mortels, soit 49 % des cas environ, qui se sont terminés par la mort. La proportion n'est, évidemment, pas semblable aux autres statistiques, à celle de Nègre, par exemple, qui, sur 41 cas qui font le sujet de sa thèse, trouve 31 cas mortels, c'est-à-dire une proportion de deux cas mortels pour un non mortel. Mais, si la proportions des cas mortels dans nos observations est moins grande, nous nous expliquerons par la mise en évidence d'un autre fait important: la grande mortalité chez la femme. Sur 53 cas, concernant des femmes, 32 cas se sont terminés par la mort, tandis que, sur 16 cas concernant des hommes, deux seulement ont eu une issue fatale.

Donc, la disproportion entre les cas mortels et

non mortels par rapport au sexe des malades, est très grande : 32 mortels des 53 cas chez la femme, et 2 cas mortels seulement des 16 cas chez l'homme. Il y a donc une différence entre notre statistique et celle de Nègre, à ce point de vue : Nègre estime que la proportion des cas mortels, chez la femme et chez l'homme est sensiblement la même, avec, cependant, une tendance moins marquée chez ce dernier.

La durée de l'évolution, dans nos cas mortels, en comptant du moment où la paralysie s'est installée, est variable. Généralement, elle est courte, puisque, sur 32 cas mortels chez la femme : 18 ont eu une issue fatale avant le 20^e jour ; 9 avant un mois ; 4 avant deux mois ; 1 avant deux mois et demi. — En ce qui concerne les hommes : l'un est mort le 9^e jour après le début de la paralysie (obs. 38), l'autre le 24^e jour (obs. 33). Mais, même dans les cas à évolution plus longue, la mort n'a pas dépassé 4 à 5 jours, après l'installation très rapide de la paraplégie complète.

Existe-t-il un rapport entre l'âge des malades et la gravité de l'évolution ?

Notre statistique nous le montrera. Nous trouvons les résultats suivants : *Sur 32 cas mortels chez la femme* : au-dessus de 60 ans (61), un seul cas (obs. 23) ; entre 50 et 60 ans : 9 cas ; entre 40 et 50 ans : 14 cas ; entre 32 et 40 ans : 9 cas. *Chez l'homme* : un à 28 ans ; l'autre à 33 ans.

Sur 21 cas non mortels chez la femme : au-des-

sus de 60 ans : 4 cas : entre 40 et 60 : 5 ans ; entre 40 et 50 ans : 7 cas ; au-dessous de 40 ans : 6 cas.

Sur 14 cas non mortels chez l'homme : entre 50 et 60 ans : 6 cas ; entre 40 et 50 ans : 5 cas ; au-dessous de 40 ans : 3 cas.

Donc la gravité de l'évolution est plus grande chez les malades n'ayant pas dépassé 50 ans, et particulièrement chez l'homme où cette gravité paraît spécialement liée au jeune âge des sujets. Mais, on voit que la gravité est assez grande, même au-dessus de 50 ans, puisque nous trouvons 9 cas mortels, tous concernant des femmes.

En plus, nous voulons faire remarquer ici, le cas d'une de nos malades (obs. 53), intéressant d'un triple point de vue : sexe, âge et hérédité qui sont considérés comme facteurs de gravité. Il s'agit d'une femme de 25 ans, avec antécédents très chargés : mère morte dans le service du psychopolynévrite alcoolique, père alcoolique invétéré et tuberculeux, elle-même alcoolique chronique et syphilitique (mais à réactions humorales actuellement négatives). Cette malade, malgré son jeune âge et malgré ses antécédents chargés, présente les troubles caractéristiques du syndrome de Korsakoff mais pas de troubles paralytiques; enfin l'évolution n'est pas mortelle mais chronique.

Quant à la vraie cause de décès dans les cas mortels, nous constatons les faits suivants : des 34 cas mortels, 13 relèvent d'une atteinte au foie (cirrhose) diagnostiquée, soit pendant la vie, par les

signes cliniques et les examens de laboratoire, soit à l'autopsie; 2 cas (Obs. n^{os} 6 et 9) de la tuberculose pulmonaire; deux autres de la tuberculose pulmonaire et cirrhose (Obs. n^{os} 32 et 7), un cas (Obs. n^o 36) de la broncho-pneumonie, et cirrhose. Enfin, dans 16 cas on ne trouve aucune des causes incriminées ci-dessus et on serait donc tenté d'invoquer comme cause unique, l'intoxication alcoolique tout simplement, mais nous nous garderons d'en discuter ici la pathogénie, que nous essaierons au chapitre suivant.

En ce qui concerne l'évolution de la maladie dans les cas non mortels, nous nous rapporterons toujours à notre statistique. Nous en comptons 35 cas dont l'évolution est autre que mortelle et sur ces 35 cas, 21 concernant des femmes et 14 des hommes. Nous allons, tout d'abord, envisager l'évolution par rapport au sexe des malades.

Parmi 21 cas concernant des femmes, 12 sont placées, après un certain temps de séjour au service de prophylaxie mentale dans un asile, les troubles qu'elles présentaient étant considérés comme passés à l'état chronique; 5 sont sorties dans le même état qu'elles présentaient à l'entrée; 4 (Obs. n^{os} 18, 19, 20 et 21) placées à l'asile où nous les avons examinées et qui présentent actuellement un état démentiel consécutif; enfin, chez trois parmi ces dernières (Obs. n^{os} 19, 20 et 21), les troubles névritiques sont toujours aussi accentués qu'à l'entrée. Chez la 4^e (Obs. n^o 18), les troubles névritiques sont complète-

ment et rapidement disparus, en échange l'état démentiel est caractéristique.

Quant aux cas non mortels concernant les hommes, nous constatons 11 cas à l'évolution chronique, c'est-à-dire considérés comme incurables et placés à l'Asile ; un cas sorti sans qu'on ait pu constater au cours de son séjour dans le service de prophylaxie mentale, un changement dans son état; un cas sorti « guéri » chez lequel nous avons constaté, après deux mois de séjour à l'Asile, une disparition complète des troubles mentaux et une amélioration très nette des troubles névritiques, c'est-à-dire disparition des troubles de la marche, des douleurs et des crampes, mais absence des réflexes achilléens et rotuliens des membres inférieurs et persistance de quelques troubles vasomoteurs de la peau (suddation abondante sur le dos des pieds, par intervalles). Pourtant, chez ce malade, autant les troubles psychiques que névritiques, étaient au complet; en plus, ils évoluaient sur un terrain syphilitique et l'atténite hépatique était certaine (subictère, gros foie, etc...).

Enfin, deux cas placés à l'Asile et sur lesquels nous sommes allés nous renseigner, présentent: l'un, une grande amélioration des troubles névritiques, mais installation chez lui d'un état démentiel; l'état de l'autre est quelque peu plus grave, car les troubles névritiques sont considérés comme incurables, et les troubles psychiques ont évolué sous l'aspect d'une démence présénile.

Après tout ce que nous venons de dire, il semble,

dès le premier abord, que la psychopolynévrite alcoolique a une évolution et une terminaison variables.

Nous pouvons, cependant, d'après nos observations, tracer en grandes lignes l'évolution générale du syndrome, qui est le suivant :

Le début est variable, parfois il se fait par des troubles psychiques (comme dans 7 de nos cas), ceux-ci précèdent les troubles névritiques d'une période plus ou moins longue, de 15 jours à 3 mois ou davantage. Leur début, moins rapide, en général, que celui des troubles névritiques, est marqué par un état confusionnel (surtout dans les cas mortels) qui disparaît progressivement faisant place à l'amnésie antérograde et ses conséquences et c'est au cours de l'évolution de cette amnésie que la paralysie s'installe rapidement, souvent accompagnée d'une nouvelle aggravation des troubles psychiques et de l'état général.

Mais le plus souvent, ce sont les troubles névritiques qui s'installent les premiers et les troubles psychiques n'apparaissent que peu de temps après.

Une fois installés, les deux groupes de symptômes s'aggravent progressivement ou rapidement. Les symptômes psychiques pouvant se traduire seulement par l'amnésie antérograde, la fabulation, les fausses reconnaissances ou les illusions de reconnaissance, l'euphorie, etc... ou évoluant soit sous la forme d'un état délirant ou démence, soit sous la forme d'un état amnésique ou confusionnel, soit,

enfin, et le plus souvent, les quatre symptômes s'associent et se succèdent.

En même temps, la paralysie s'aggrave rapidement, suit une marche ascendante atteignant les muscles du tronc, des membres supérieurs, du cou, le diaphragme et le pneumogastrique, l'atténite de ce dernier, d'un pronostic extrêmement grave, se traduisant par une tachycardie à 150-160 et, généralement, la mort survient au milieu de ces phénomènes paralytiques, accompagnés d'une aggravation des troubles psychiques et de l'état général : amaigrissement cachectique avec escarres et parfois parotidite, hyperthermie à 39°, 40° ou plus, rarement hypothermie, dyspnée, parfois dans un état comateux.

Quels sont maintenant les facteurs qui influent si gravement le pronostic de la psychopolynévrite ?

Tout d'abord : l'âge des malades, la gravité de l'évolution est plus grande chez les jeunes et particulièrement chez l'homme; le *sexe*, la mortalité étant 16 fois plus grande chez la femme, puisque nous n'en comptons que 2 cas mortels chez l'homme sur 32 chez la femme; l'hérédité alcoolique, dont le rôle aggravant est incontestable, enfin, l'évolution concomitante avec celle de la psychopolynévrite d'une autre maladie apparue, soit au cours de l'intoxication alcoolique, soit avant elle, comme la tuberculose pulmonaire, la pneumonie et surtout la cirrhose du foie, l'évolution de la psychopolynévrite chez un cirrhotique étant très rapidement fatale.

En ce qui concerne l'évolution dans les cas non

mortels, un fait important est à remarquer, c'est : l'incurabilité des troubles mentaux ou névritiques une fois installés. Il est évident qu'une certaine amélioration peut s'observer au cours de cette évolution, soit du côté des troubles psychiques, soit du côté des troubles névritiques, et même leur disparition en apparence complète. Mais, si nous nous rapportons, d'une part, à notre statistique dans laquelle 23 cas sur 35 cas non mortels sont considérés comme incurables, cinq (5) sortis sans présenter aucun changement dans leur état depuis l'entrée, six (6) placés à l'asile présentant un état démentiel, enfin un seul cas seulement qui soit considéré comme guéri; d'autre part, si nous tenons compte des récurrences dues à une nouvelle intoxication presque la règle, de l'existence de certaines séquelles mentales ou névritiques dans les cas « guéris », nous nous croyons en droit de conclure à l'incurabilité de la psychopolynévrite une fois arrivée à sa période d'état, puisque le seul cas de « guérison » que nous en comptons, présentait encore à la sortie : l'absence des réflexes rotuliens et achilléens, et certainement des troubles névritiques décelés à l'examen électrique des nerfs et des muscles des membres inférieurs.

CHAPITRE VII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

Lésions cérébrales. — Au point de vue macroscopique les lésions cérébrales se réduisent à une simple congestion, à de l'œdème et des extravasations sanguines dans la pie-mère qui est quelquefois le siège d'un épaissement fibreux avec adhérences diffuses ou circonvolutions.

En échange, les lésions microscopiques, après coloration par la méthode de Nissl, sont abondantes.

Au niveau du *cortex cérébral*, les lésions prédominent sur les lobes frontaux. Le processus se localise dans les couches profondes (5 et 6 de Brodmann) et les couches limitantes avoisinant la substance blanche, intéressant à la fois les grandes et les petites cellules pyramidales et les cellules géantes de Betz.

Les lésions cellulaires consistent dans un processus dégénératif et régénératif diffus ; aspect globuleux du corps cellulaire avec dégénérescence granuleuse et pigmentaire du cytoplasme ; déplacement excentrique des noyaux ; chromatolyse péri et intranucléaire avec parfois disparition complète des nucléoles.

Les vaisseaux et les espaces périvasculaires ne présentent aucune lésion. Dans certains cas, cependant, les vaisseaux peuvent être engorgés de sang

et bordés de cellules mononucléées, surtout dans la substance grise et blanche sous-costicale.

Au niveau de la moelle, les lésions sont encore plus accentuées et plus diffuses et mises, surtout, en évidence par la méthode d'imprégnation des neurofibrilles de Ramon y Cajal.

Elles se caractérisent surtout par l'altération profonde des cellules des cornes antérieures : atrophie globuleuse des cellules, chromatolyse et dégénérescence granuleuse des neurofibrilles, surtout dans les parties périphériques du cytoplasme avec disposition excentrique du noyau et présence de corpuscules acidophiles et infiltration pigmentaire ; mais, surtout, par la vacuolisation du cytoplasme des cellules motrices de la moelle qui peut être réduit à une simple pellicule entourant les vacuoles et dans ce cas, contenant nombreuses granulations neurofibrilles fines.

Enfin, il n'y a pas de lésions dégénératives des cordons ni des fibres radiculaires.

Toutes ces lésions dégénératives diffuses du cerveau et de la moelle, expliquent la gravité et l'incurabilité des troubles psychiques et des paralysies alcooliques, une fois arrivés à leur période d'état.

Il s'agit, donc, d'une « cellulo-névrite » (Raymond) diffuse de tout le névraxe et, en raison, d'une part, de son évolution souvent très rapide et des manifestations psychiques concomitantes presque constantes, d'autre part, de l'absence de lésions des nerfs périphériques, nous désignons ces formes de la psy-

chose de Korsakoff aiguë, rapidement mortelle, sous le terme de : « psycho-cellulo-névrite alcoolique aiguë ».

En ce qui concerne les nerfs périphériques, ils sont indemnes dans les formes aiguës, rapidement mortelles.

Nous rapportons, plus bas, les résultats de l'examen anatomo-pathologique pratiqué par M. le Dr. L. Marchand, dans deux de nos cas à évolution aiguë mortelle et, dans lesquels les lésions des nerfs périphériques sont inappréciables, en revanche les lésions cérébrales et médulaires sont diffuses et profondes.

Dans les autres cas graves, mais à évolution moins rapide, la lésion caractéristique est la dégénérescence segmentaire périaxile prédominant à l'extrémité des fibres nerveuses, avec, d'autres fois, fragmentation et dégénérescence segmentaire des cylindraxes et, parfois, leur disparition complète, surtout à l'extrémité des fibres nerveuses.

Quant aux lésions des autres viscères, la dégénérescence graisseuse, plus ou moins diffuse et profonde, du foie, tient une première place et est presque constante dans tous les cas graves, à évolution rapide et, c'est l'insuffisance hépatique consécutive qui paraît seule capable d'expliquer l'intensité et la rapidité de la diffusion des lésions dégénératives des centres nerveux (Klippel). Les reins sont aussi souvent touchés et présentent des lésions de sclérose plus ou moins diffuse.

En ce qui concerne la pathogénie des lésions, elle ne peut s'expliquer que par le mécanisme d'une fixation toxique sur les éléments nerveux. Dans les formes rapides et graves, cette fixation manifeste une prédilection marquée pour les cellules et les neurofibrilles du névraxe et la désorganisation de la fibre nerveuse périphérique n'est que la conséquence secondaire de l'atteinte toxique primitive et diffuse des centres nerveux.

Obs. — Launay (Examen anatomo-pathologique pratiqué par M. le Dr. L. Marchand).

Méninges. — Pie-mère normale. Pas de lésions vasculaires. Vaisseaux dilatés par le sang. Extravasations sanguines au niveau des lobes temporaux.

Cortex cérébral. — Les cellules pyramidales sont altérées. Aspect granuleux des corps cellulaires ; noyaux excentriques et restant colorés fortement au Nissl. Dans les régions motrices, les cellules pyramidales géantes ont perdu leur forme normale, leur corps est devenu globuleux, reste uniformément et faiblement coloré sans aucune trace de granulations chromophiles ; noyaux atrophiés et accusés sur le corps même du corps cellulaire. Pas de satellitose. Pas de réactions vasculaires dans le cortex.

Dans la substance blanche sous-corticale, quelques vaisseaux sont entourés d'une couronne de cellules névrogliques. Nombreux corps granuleux bourrés de pigment situés dans l'adventice.

Noyaux caudés et putamen. — Cellules nerveuses profondément altérées ; quelques figures de sa-

tellitose. Réaction lymphocytaire discrète autour de quelques vaisseaux. Pas de lésions de l'épithélium ventriculaire.

Couches optiques. — Les cellules sont pour la plupart pigmentées ; coloration floue du protoplasma. Nombreux nodules gliaux ; certains périculaires.

Hypophyse. — Congestion simple.

Pédoncules. — Pas de lésions appréciables en dehors des altérations cellulaires peu accusées.

Cervelet. — Les cellules de Purkinje ont perdu leur forme en outre et sont globuleuses. Pas de lésions méningées.

Bulbe. — Dans les cellules des noyaux des nerfs crâniens disparition des granulations chromophiles situées à la périphérie du corps cellulaire. Les cellules des olives sont pigmentées. Pas de lésions vasculaires ni méningées. Plexus choroïdes et épithélium ventriculaire normaux.

Moelle cervicale. — Lésions profondes des cellules des cornes antérieures. Les corps cellulaires ont perdu leur apparence multipolaire ; ils sont irrégulièrement globuleux, en forme d'outre remplie de pigment jaunâtre avec présence de quelques granulations disposées soit autour du noyau, soit à la périphérie. Noyaux excentriques, petits. Pas de lésions des cordons.

Moelle dorsale. — Mêmes lésions cellulaires portant également sur les cellules de la colonne de Clarke.

Moelle lombaire. — Toutes les cellules des cornes antérieures sont altérées. Déformation globuleuse des cellules, coloration floue du protoplasma et zone pigmentée. Noyaux excentriques. Un tiers des cellules sont en voie de disparition sans neurophage, par dégénérescence granuleuse et par lyse. Quelques veinules comprises dans les cordons présentent des épaissements de leur endothélium. Pas de lésions dégénératives des cordons.

Nerf sciatique. — Aucune altération des fibres myéliniques au Weigert-Pal. Aucune lésion du tissu conjonctif inter et intra forciculaire.

Organes, Reins. — Vaisseaux gorgés de sang. Légère sclérose diffuse.

Foie. — Infiltration des espaces portés par des cellules mononucléées. Dégénérescence graisseuse diffuse des cellules hépatiques. Seules les cellules situées autour des espaces portes sont en partie respectées.

Rate. — Pas de lésions.

Pancréas. — Nombreux corpuscules de Langerhaus. Acini normaux.

Obs. — Hardy (Examen anatomo-pathologique pratiqué par M. le Dr. L. Marchand).

Méninges. — Pas de lésions méningées au niveau des lobes frontaux. Épaississement fibreux de la pie-mère, des régions motrices sans lésions vasculaires. Quelques extravasations sanguines dans la pie-mère des occipitaux.

Cortex. — Lésions cellulaires diffuses. Altérations portant principalement sur les petites cellules pyramidales et sur les cellules de la dernière couche corticale. Le corps cellulaire prend un aspect granuleux, a des bords irréguliers. Noyau séparé du cytoplasme par une couronne incolore, à emplacement excentrique. Satellitose de nombreuses cellules.

Quelques capillaires et veinules intra-corticaux sont bordés de cellules mononucléées. La même lésion s'observe dans la substance grise sous-corticale, elle est plus prononcée au niveau des régions motrices et pariéto-occipitales.

Noyaux gris centraux. — Dans les noyaux caudés, amas de corps granuleux bourrés de pigment ocre. Pas de lésions vasculaires. Cellules nerveuses très altérées. Epithélium ventriculaire normal.

Couches optiques. — Mêmes lésions que celles relevées dans les noyaux caudés. Nombreux amas de corps granuleux remplis de pigment.

Cervelet. — Pie-mère infiltrée de nombreuses cellules embryonnaires. Pas d'autres lésions.

Pédoncule et bulbe. — Pas de lésions vasculaires. Les cellules du locus niger et des cellules des noyaux des nerfs crâniens sont peu altérées.

Moelle région cervicale. — Atrophie des cellules des cornes antérieures ; diminution du volume des corps cellulaires qui renferme encore de nombreux corpuscules chromophiles. Pas de réaction vasculaire. Légère sclérose du cordon de Goll.

Dans la zone des faisceaux pyramidaux croisés, dégénérescence des nombreux tubes myéliniques.

Région cervico-dorsale. — Peu de lésions des cellules des cornes antérieures. Nombreuses fibres à myéline sont dégénérées dans les faisceaux pyramidaux croisés et dans les cordons de Goll.

Région dorsale. — Pas de lésions des cellules des cornes antérieures. Mêmes lésions dégénératives des fibres myéliniques dans les cordons latéraux et dans les cordons de Goll.

Région lombaire. — Disparition presque totale des cellules de la colonne motrice interne et de la colonne centrale. Les cellules de la colonne motrice externe sont en voie d'atrophie. Pas de lésions des cordons ni des fibres radiculaires.

Nerf sciatique droit. — Aucune lésion dégénérative des fibres myéliniques au Weigert-Pal. Aucune réaction du tissu conjonctif. Au Marchi, pas de corps granuleux réduisant l'acide osmique.

Organes :

Reins. — Légère sclérose périglobulaire. Pas d'autres lésions.

Foie. — Sclérose intéressant surtout les espaces portes. Le tissu conjonctif est rempli de blocs de pigment ocre. Dégénérescence graisseuse des nombreuses cellules hépatiques sans systématisation.

Rate. — Gros blocs de pigment épais aussi bien dans la pulpe blanche que dans la pulpe rouge.

Glandes surrénales. — Congestion. Pas d'autres lésions.

CONCLUSIONS

1° La psychose de Korsakoff d'origine alcoolique constitue en pathologie mentale un syndrome autonome et dont la symptomatologie est bien connue du moins pour les formes chroniques.

2° Le présent travail est surtout consacré à l'étude des formes aiguës, rapidement mortelles de la maladie que nous proposons de désigner sous le terme de « psycho-cellulo-névrite aiguë ». La fréquence de ces formes aiguës est importante. Nous trouvons 34 cas mortels sur 69 cas observés en 3 années.

3° Deux ordres de symptômes la caractérisent :

a) *Psychiques* : Confusion mentale aiguë, onirisme, hallucinations visuelles et auditives, fabulation plus ou moins riche, fausses reconnaissances, idées délirantes variées. Parmi ces dernières, signalons les idées de grossesse et d'accouchement qui paraissent trouver leur point de départ dans des symptômes physiques (rétention d'urine, paralysie diaphragmatique).

b) *Neurologiques* : Paraplégie flasque avec d'ha-

bitude douleurs spontanées et provoquées, atrophie musculaire rapide, souvent paralysie d'évolution ascendante, quadriplégie, paralysie diaphragmatique, phénomènes bulbaires terminaux.

4° L'évolution vers la mort est rapide, de 3 jours à 4 semaines dans nos cas. Elle peut être hâtée par une complication (escarre, parotidite, pneumonie).

5° La maladie est plus fréquente chez la femme : 53 femmes contre 16 hommes. Elle est plus grave chez elle : 32 morts sur 53 contre 2 morts sur 16 chez l'homme.

Elle s'observe presque toujours chez des alcooliques chroniques : sur 70 cas, un seulement est survenu au cours de la grossesse.

6° Dans les cas non mortels, l'évolution se fait soit rarement vers la guérison mentale et neurologique plus ou moins complète, soit plus souvent vers un état démentiel.

7° Le syndrome biologique est caractérisé par les signes urinaires d'insuffisance hépatique, une certaine augmentation de l'urée sanguine, surtout dans les cas rapidement mortels. Le liquide céphalo-rachidien est normal.

8° Le syndrome anatomique est bien connu ; cependant la forme rapide se différencie par l'inten-

sité des lésions aiguës des cellules nerveuses, étendues à tout le névraxe avec un minimum de réactions inflammatoires. Dans ces cas les lésions des nerfs ne sont pas appréciables.

9° La cause principale de la mort paraît devoir être trouvée dans les altérations du névraxe de pathogénie encore mal connue. A côté de l'intoxication alcoolique des infections ajoutées sont trouvées (tuberculose pulmonaire, pneumonie), mais les lésions associées les plus fréquentes sont celles du foie, et la cirrhose hépatique est la règle dans les cas de psycho-cellulo-névrite aiguë mortelle.

Vu : Le Doyen,
BALHAZARD

Vu : Le Président,
H. CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- G. BALLET-FAURE. — Presse méd. 1898.
- G. BALLET. — Congrès de Marseille, 1899.
- BENON. — Journal de Chir. et Méd. prat. 1925, p. 363.
- BILLET-CHAMPIONNET. — Congrès des Aliénistes et Neur. Lille 1930, p. 255.
- CAMAUËR. — Psycosis polinevritica de Kors. Syndr. de Wernicke. Thèse argentine 1925.
- CAMBRELIN et HID. — Journal de Neur. 1926, p. 557.
- CAPGRAS, JOAKI et TAIL. — Soc. de Méd. mentale, p. 119, 1930.
- H. CLAUDE. — L. C. R. dans les maladies mentales. Congrès de Lille, 1930.
- COURTOIS et PICHARD. — Bull. de la Soc. méd.-psych. 1929, p. 153.
- DUPOUY et COURTOIS. — Encéphale 1930, p. 284.
— Soc. clinique de méd. mentale, 1929, p. 145.
- DUPRÉ. — Encéphale, 1908.
- FÉRET. — Thèse de Paris, 1909.
- FROUMENT. — Thèse de Paris, 1924.
- FÜNFELD. — Zentralblatt für Neur. u. Psych. p. 564, vol. 42.
- GAMPER. — Zentralblatt für Neur. u. Psych. p. 830, vol. 47.
- HEERNU. — Syndr. de K. d'origine tumorale probable. Jour. Neur. 1932, p. 97.
- KLIPPEL-LHERMITTE. — Semaine méd., 8 janvier 1908.
- KORSAKOFF. — Congrès International, 1889.

- LAIGNEL-LAVASTINE. — Bull. Soc. Anat. Paris, 1906, p. 60.
- LEDoux. — Polynévrite gravidique avec S.K., Presse méd. 1931.
- LEMIÈRE, BOLTANSKI, J. BEZANÇON. — Bull. Ac. de Méd., p. 676, 1930.
- LÉVY-VALENSI et J. MARIE. — Encéphale 1926, p. 557.
- MARCHAND L. — Ann. méd. psych. 15 janvier 1931.
- MARCUS. — Zentralblatt f. N. u. Psych. vol. 47, 1927.
- MEGGENDORFER. — Handbuch des Geistes Krank. vol. 7., p. 271.
- MOSSIER. — Encéphale, 1929, p. 19.
- NATHAN. — Presse méd. 1931, p. 1087.
- OETTINGER et MANOUELIAN. — Soc. Méd. des Hôp. Paris, 1922, p. 316.
- PEYRE. — Ann. Méd. Psych. 1926, p. 146.
- PHAM. — Thèse. Paris 1933.
- RAMOND. — Conférence de Clin. méd. pratique.
- RAPOPORT. — Thèse, Paris 1911.
- RAYMOND. — Clinique, 1897.
— Bull. méd., Avril 1906.
- RAYNARD H. — Thèse, Paris 1931.
- REBOUL-LACHAUX. — Soc. Clin. de Méd. mentale, p. 44, 1922.
- SCHAEFFER. — Presse méd. 1930, p. 850.
- TINEL. — Traité de path. méd. et thérap. appl. p. 172, T II.
- TRÉNEL et CUEL. — Bull. de la Soc. clin. de Méd. m., 1924, p. 137.
- TRÉNEL. — Soc. clin. de Méd. mentale, 1928, Février.
- VAN BOGAERT et J. HELSMOORTELS. — Journal de Neur., p. 213, 1928.
- VASTRAETEN et DE VOS. — Ann. Méd. psych. p. 672, 1932.
- VIDACOVITCH. — Thèse, Paris 1926.
- VIGOUREUX et DELMAS. — Soc. Anat. Paris, 1906, p. 60.



